LMVT

Grado en antropoogía social y cultural | PROF: carmen mozo

Antropología de la Salud

2014/2015

**Índice**

Introducción.............................................................................................................................p. 2

Tema 1. Introducción...............................................................................................................p. 4

Tema 2. Los Sistemasmédicos................................................................................................p. 19

Tema 3. El Modelo Médico-Científico......................................................................................p. 29

Tema 4. Salud y Sociedad......................................................................................................p. 43

Tema 5. Vida, Muerte y Reproducción....................................................................................p. 56

**Introducción**

Procesos de salud y enfermedad. Película “*Tocando el viento*”. Los contextos sociales son importantes a la hora de caracterizar dichos procesos de salud y enfermedad, donde se naturalizaran o no según sus modos de vida y demás. Las enfermedades no son universales –como desajuste físico y social sí-.

Cuando hay un cambio en el medio hay un proceso de crisis, en este caso desde el lado de la enfermedad. Los sistemas de salud y enfermedad son por tanto respuestas culturales, adaptativas, al medio que les rodea. Mecanismos de adaptación que no se pueden reducir a una dimensión biológica, sino que están articuladas por las dimensiones sociales y demás.

El sistema biomédico prioriza la dimensión biológica; desde este sentido vamos a tener una posición bastante crítica con la biomedicina biologicista, sistema hegemónico que es el que se ha implantado mayoritariamente en nuestras instituciones, prácticas, etc. Vamos a trabajar cuestionando esa dicotomía naturaleza/cultura, viendo como no hay una delimitación clara entre ambas. La enfermedad tiene distintas dimensiones a nivel analítico, relacionadas. La *disease* con una dimensión biológica, *ilness*, dimensión cultural, mas émic, individual desde un punto de vista colectivo, y la *sicknes*, que hace una dimensión más colectiva, más social. Tratar de derribar esa dicotomía y trabajar con esa tensión nos va a llevar a desnaturalizar un área de la vida social fuertemente naturalizado, como lo es el área de la salud y la enfermedad. Los hábitos de vida, la contaminación y demás influyen en algo que normalmente se atribuye a lo biológico solamente, enfrentándonos a una dificultad que es cuestionar algo que se ha convertido en algo sacro en nuestra sociedad, la medicina, que tiene carácter de autoridad muy importante, portadora de carácter autoritario, con lo que entrañara una dificultad.

Este sistema de salud con respuestas culturales, para adaptarse al medio; cuando este cambia hay que adaptarse, por eso hay sufrimiento, enfermedades nuevas, dolor… Eso a un nivel más profundo nos lleva a ver que cada periodo histórico tiene sus propias enfermedades. Esas enfermedades tienen que ver con los modos de vida hegemónico, como nos alimentamos colectivamente, que tipo de relaciones sociales establecemos socialmente, con el tipo de clima laboral, la relación con el medio…siendo todo esto lo que provoque el predominio de una u otro tipo de enfermedades. Primer mundo con enfermedades crónico-degenerativas, y un tercer mundo con predominio de enfermedades infecciosas-contagiosas.

La realidad es mucha más profunda que la dicotomía salud/enfermedad. La gestión de los procesos de salud y enfermedad son característicos de cada cultura. “*Si no fuera por la banda la palmaria*” “*nosotros no hacemos más que romperle el corazón*”, lenguaje metafórico con clara analogía orgánica, con gran sabiduría; son frases que representan esas “contradicciones” entre la biomedicina y la salud. La sabiduría de los sujetos sociales, donde esa capacidad de agencia es capturada por la biomedicina, que ha transformado al paciente en algo profano, donde no gestionamos nuestros procesos de salud y enfermedad, delegando en ellos nuestra capacidad de información y decisión. Lo que para otros campos de la vida social menos cruciales los llevamos nosotros, decidiendo e informándonos, en este campo no.

Complejidad en al salud y en la enfermedad, que aun teniendo una dimensión orgánica no se puede reducir a dicha dimensión como hace la visión predominante de la biomedicina. La salud y la enfermedad son procesos, no categorías, que responde a un modelo de continuum, inserto en un conjunto de relaciones sociales. Proceso entre dos conceptos que son relativos, además cambiantes histórica y culturalmente.

Es una creencia nuestra pensar que la enfermedad se puede reducir a signos objetivos y objetivables –que se pueden medir y actuar sobre ellos- siendo una creencia, una manera de pensar que caracteriza a nuestra sociedad, la biomedicina.

Veremos cómo es cada cultura la que elige una serie de signos y los convierte en signos socialmente significativos con significado social; los datos son elegidos por cada cultura convirtiéndolos en algo socialmente significativo, definiéndolo o no como enfermedad. Por esto cada cultura tiene su definición de enfermedad, que no tiene por qué ser coincidente. En países donde hay una gran diversidad existencial –caso de Ecuador- donde cada signo puede ser distintamente interpretado.

La biología recibe una interpretación social, llenándola de un significado social, siendo esto lo que funciona a nivel psicosocial. Es solo una suposición pensar que la salud y la enfermedad puedan ser descritas de forma objetivas, creencia biomédica, inventada históricamente; son muchos los factores que se escapan a la compresión de estos procesos.

El campo de la antropología de la salud es muy reciente, pues estaba fuertemente biologizado, naturalizado. Aún persiste la idea de que el estudio de la salud y la enfermedad es un objeto de estudio un tanto exótico, llamativo y que estudio un campo de la vida social que no es central, vital, sino periférico, marginal. Veremos como el estudio de estos procesos es una puerta de acceso al núcleo duro de la vida social, de un tipo de social en concreto, con sus valores hegemónicos, pudiendo entenderla desde dichos procesos. Son centrales para entender cómo funciona una sociedad.

Cuando la antropología empieza la tarea de desnaturalizar hace lo que ya ha hecho en otros campos, donde primero mira los procesos de salud y enfermedad de los otros, donde estudia los otros sistemas médicos, los no occidentales. Esta fue la primera fase de la consolidación de dicho campo. Luego empieza a estudiar los otros internos, con la medicina tradicional, diferentes que convivían en el interior de nuestra sociedad, “medicina popular”. Solo a partir de los años 80 la biomedicina se convierte también en un objeto de estudio de la antropología de la salud, con lo que de la misma manera que estudiábamos los sistema y prácticas de los otros, lo aplicaron a la propia sociedad. Los sistemas hegemónicos siempre cuestan más estudiar que lo ajeno. Esta juventud tiene dos consecuencias; uno que hay poca bibliografía al respecto, y otra que es un campo muy prolífico en la actualidad. También que exista una importante carencia antropológica en la formación de los profesionales de la salud.

**Tema 1. Introducción**. El objeto de estudio de la Antropología de la Salud: conceptos fundamentales. Las relaciones entre Antropología y Medicina. La Antropología Clásica y la invisibilización del objeto de estudio. La configuración del objeto de estudio: los años cincuenta y la Antropología Aplicada. La etapa crítica. La Antropología de la Salud hoy: retos y perspectivas.

Procesos de salud y enfermedad; para ello veremos el **texto** “*Antropología de la salud: una aproximación genealógica*” Ángel Martínez.

Entendemos como las concepciones y prácticas sobre la salud y enfermedad están en relación con el tipo de sociedades en que se insertan. Por ejemplo en nuestra sociedad la vejez se asocia a la enfermedad, patologizandola; para ello es muy importante analizar el lenguaje, como nos expresamos…”achaques de la edad” como si fuese la edad la resultante, la edad como componente biológica, y no entendiéndola como debidas a nuestros modos de vida. Sociedad del productivismo, del consumo, del presente, donde se nos pide que seamos individuos productores y sobre todo cada vez más consumidores y por tanto la vejez deja de cobrar importancia en términos societarios. No ocurre lo mismo en sociedades de tradición oral, con un gran capital social, ya que son la memoria viva.

* Archipiélago de Okinawa (suroeste de Japón): dieta sana, alimentación moderada, ejercicio físico, ancianos muy respetados…
* Cerdeña (Italia): familias de gran tamaño, personas activas, dieta natural, con lenguaje positivo
* Península de Nicoya (Costa Rica): personas mayores son parte importante de la familia

Donde hay un sentido de la vida, una espiritualidad, la ancianidad no es sinónimo de enfermedad.

Son este tipo de miradas las que nos interesa adquirir, y ver como los procesos de salud y enfermedad está insertos en el seno de determinadas relaciones sociales (Eduardo Menéndez).

Cuál es la mirada antropológica sobre los procesos de salud y enfermedad serán los objetivos por tanto de la asignatura.

**Definición de salud**

La definición de salud es polisémica. La definición oficial, del siglo pasado es según la **OMG** “*Estado completo de bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de enfermedad o invalidez*”.

Desde una definición holística, **Ivan Illich** en su libro “*Némesis médica*”; pensador crítico de la modernidad alemana. Hace una crítica radical de raíz a la medicalización de la sociedad y de todo el proceso de expropiación de salud, sobre la gestión de la salud. Añade que la capacidad de adaptación al medio incluye no solo la capacidad de bienestar sino también la capacidad de relacionarnos, de manejar, de gestionar, el sufrimiento, la angustia y la muerte. “L*a salud es el arte de vivir y de sufrir característico de un determinado lugar y de una determinada época*”, siendo una *definición contextual*. Nuestra sociedad vive una contradicción cultural; es contradictorio porque son procesos inherentes al ser humano; no tenemos una socialización en el morir.

**Jordi Gol** “*Salud es una manera de vivir que es autónoma, solidaria y gozosa*”; médico catalán que en 1976 da esta definición de salud en un congreso. Pone el énfasis en lo *procesual* y recalca lo de autónoma porque cuando existen los recursos necesario para garantizarla esto es así; solidaria en cuanto a que nos construimos en interacción, siendo difícil vivir sanamente de forma absolutamente aislada, con lo que la salud se produce socialmente; gozosa porque acude a un sentimiento de satisfacción. Salud y enfermedad no son términos opuestos, donde la primera no niega la segunda; se puede vivir sanamente una enfermedad, o por el contrario vivir de muy mala manera sin tener/padecer una enfermedad.

Si aceptamos esta visión holística de la enfermedad, una antropología de la salud tendría que interesarse por una antropología de la alimentación, del cuerpo, de la organización social, por la vivienda, políticas públicas… donde los procesos de salud y enfermedad habría que analizarlos desde toda una perspectiva. Forma de entender como está organizada una determinada sociedad. Tendremos que pensar que las transformaciones en el medio –medio que tiene que ver con la vivienda, alimentación…- provocaran cambios en los procesos, en la estructuración de salud y enfermedad. El higienismo entiende que las enfermedades son crisis que sufre el cuerpo para adaptarse a los cambios. Cada sociedad entenderá por salud cosas diferentes, aunque es claro que aquello que cada sociedad defina como salud va a ser el factor que defina, que dirija, los pensamientos y las practicas destinadas a neutralizar y relacionarse con la enfermedad; aquello que cada sociedad defina como salud estará relacionada con la definición de enfermedad. En todas las sociedades el mantenimiento de la sociedad pasa por el recurso de lo a que Jesús María Comelles –una autoridad en antropología de la salud en España, referente importante- denomina *sistemas médicos*.

Según lo que cada sociedad defina como salud, la definición de enfermedad será entendida en relación a esta.

**Sistema médico**

Los **sistemas médicos** son un “*conjunto de creencias y de prácticas específicas para el tratamiento de la enfermedad y para su prevención características de determinada cultura*”; es por tanto un *sistema cultural*. Es uno de los conceptos importantes en esta disciplina. Todas tienen su lógica, que veremos en el siguiente tema. Importante la doble dimensión, la pensada y la actuada.

**Proceso de salud-enfermedad-atención** *(Eduardo Menéndez)*

Otro concepto fundamental que propone Eduardo Menéndez –uno de los autores más importantes a nivel internacional en el campo de la antropología de la salud- que son los procesos de salud y enfermedad y atención. “*Todo proceso de salud-enfermedad-atención se desarrolla en el seno de determinadas relacione sociales, y que la tarea del antropólogo es buscar dichas relaciones*”. Un ejemplo es la vigorexia –trastorno de la concepción muscular, que nunca se ve satisfecho- donde observaríamos un dato fundamental, que son hombres en su mayoría, con lo que el objetivo sería analizar en el seno de que relaciones sociales se da dicho proceso y así entender con qué tiene que ver y como entender dichas relaciones. Es creciente la inserción del cuerpo en el mercado, y también ahora del hombre en dicho mercado. El proceso de enfermedad se da en el seno de relaciones sociales, con lo que el objetivo es comprender dichas relaciones, analizarlas desde una perspectiva amplia y así comprender como se encarnan, a través de qué relaciones…y así poder proponer terapéuticas que transforman las relaciones sociales. Las enfermedades son multicausales y multidimensionales, pero la especificidad de la antropología es la de dar luz sobre dichas relaciones sociales.

Los procesos de salud-enfermedad-atención lejos de ser un problema de un ámbito profesional concreto, es un problema del conjunto social, de la sociedad. Esto choca con nuestro sistema médico, el biomédico, donde es individual tanto metodológicamente como de aproximación. El análisis debe partir por tanto desde los conjuntos sociales.

Todas las denominaciones –antropología de la salud, de la medicina, médica…- coinciden en la preminencia de lo médico-cultural, aunque a nivel internacional lo que vamos a encontrar es “*Medical anthropology*”. En el estado español no lo vamos a encontrar así puesto que el término de antropología médica se podría confundir con un conjunto de estudios filosóficos y médicos que encabezo un médico y ensayista llamado *Pedro Lain Entralgo* (1908-2001). **José María Uribe** propone una distinción entre antropología médica y antropología de la salud diciendo que la primera se refiere a un nivel histórico concreto, es decir, a aquellas investigaciones que se realizan en el contexto de sociedades occidentales donde el sistema médico, el teórico-práctico, se asiente en la medicina, mientras que la antropología de la salud haría referencia a un nivel más general.

**Premisas en la antropología de la salud**

Parte por tanto de una serie de premisas, como que la enfermedad es uno de los fenómenos más antiguos de la humanidad, tanto que se tiende a estudiar como una expresión de la vida, como parte de la adaptación del ser humano al medio –por eso cambios en el medio conlleva cambios en los procesos de salud y enfermedad-. Cada cultura ha tendido a cristalizar dicha adaptación al medio mediante formas de organización específicas, formas organizativas concretas, que son herramientas adaptativas. La enfermedad –en singular, no en plural- es por tanto *universal*, con lo que todos los grupos humanos desarrollan algún criterio para relacionarse con la enfermedad. Todos tienen su *sistema médico*, conjunto de teorías para diagnosticar, explicar o justificar la enfermedad. Otra premisa básica es que todos los sistemas médicos tienen su *propia lógica*, y esa lógica puede tener un grado mayor o menor de empirismo o eficacia.

Todas las sociedades tienen una etiología de la enfermedad –conjunto de creencias sobre cuáles son las causas de la enfermedad-, sus prácticas preventivas y terapéuticas, y todos tienen sus formas de gestionar los procesos de salud y enfermedad. Todas las sociedades van a tener especialistas; pueden serlo a tiempo completo –como en nuestra sociedad- o a tiempo parcial –conjugándolo con otro tipo de actividades-, y también va a variar el grado en que esos especialistas monopolizan la gestión, conocimiento y práctica de la enfermedad. En nuestra sociedad esa monopolización si no es absoluta es muy importante, donde son esos especialistas quienes gestionan los conocimientos. Hay sociedades donde el proceso de socialización incluye un aprendizaje mínimo de este tipo de conocimientos; en la medicina popular solían ser las mujeres quienes tenían dicho conocimiento empírico, transmitido de generación en generación.

Otra premisa es que es cada cultura la que define, tipifica y clasifica las enfermedades. En nuestra sociedad, con los avances en muchas ciencias creemos que podemos tener una visión objetiva del funcionamiento del cuerpo y de las alteraciones de este. Desde la antropología tenemos una visión mucho más compleja de la biología humana, donde esta es muda, y los signos solo adquieren significados si se convierten en síntomas reconocidos y dotados de significados socialmente. La enfermedad en abstracto aparece siempre como una alteración, pero dado que dotamos de significados el cuerpo, el concepto de alteración va a variar. La transexualidad es definida como una patología en nuestras sociedades mientras que en otras se puede transitar de unos géneros a otros sin problemas, con reconocimiento incluso de un tercer sexo. En los trastornos mentales también se ve muy claramente la variación en la concepción de alteración. No desarrollar conductas etnocéntricas, pues en las alteraciones mentales, en los desórdenes mentales, no es tanto diagnosticar si son naturales o sociales, sino entender que lo que realmente provoca sufrimiento a un paciente mental no es tanto el diagnostico sino la reacción social que provoca esa categoría-diagnóstico. Muchas veces lo importante no es la causa, la etiología, sino su incidencia social.

Todo lo que acabamos de plantar sobre que es la cultura la que diagnostica y da significa a las alteraciones lo que nos introduce es en la dimensión simbólica de la enfermedad; los signos no son nada si no los elegimos y los dotamos de significado, los relacionamos dotándolos de contenido simbólico y haciéndolo real por tanto. La dimensión simbólica de la enfermedad es universal, pues la capacidad simbólica es una habilidad inherente al ser humano.

La conclusión es que la enfermedad es algo mucho más complejo que la mera patología, y que es muy importante que aprendamos a comprender todo ese proceso de salud y enfermedad. Suponer como suponemos que la salud y la enfermedad pueden suponer de un estudio objetivo es una invención histórica, ya que la biología siempre recibe una interpretación cultural, y es eso lo que es operativo en la vida social.

**Dimensiones de la enfermedad**

Si hablamos de que la enfermedad no se puede reducir a una mera patología, hablamos de las distintas dimensiones de la enfermedad; hablamos de tres términos para referirnos a dichas dimensiones –en inglés, acordado internacionalmente, y que no tenemos sinónimos al castellano- donde las tres refieren a enfermedad, pero a diferentes dimensiones:

* **Disease** (dimensión **biológica** de la enfermedad). “Hace referencia a la patología. Esto es, aquellas anormalidades funcionales o estructurales de base orgánica que pueden ser observadas directamente..” es claramente biologicista
* **Illness** (dimensión **cultural** de la enfermedad). Cuando hablamos de lo que tiene que ver con el padecimiento. “Dolencia, padecimiento. Hace referencia a las dimensiones culturales de la enfermedad. Designa también, en este sentido, al proceso mediante…”
* **Sickness** (dimensiones **sociales** de la enfermedad). “Alude a las dimensiones sociales de la enfermedad y por tanto a las relaciones sociales en donde se insertan los procesos de enfermedad y sus articulaciones ideológicas, socio-políticas y económicas” (1993:86)

Dependerá del punto de vista que tomemos a la hora de analizar los procesos que nos centraremos en una u otra dimensión. La disease ha sido el parámetro que ha tomado la biomedicina durante los últimos dos siglos, aunque se está dando una relativa crisis del modelo biomédico. Incluso hay investigaciones dentro de este sistema biomédico, poniendo de manifiesto la función primordial del sistema nervioso central influye de una manera no se es capaz de explicar sobre el equilibrio del organismo; de alguna manera se está acercando a lo que ha sido parte de los enfoques llamados de “medicina tradicional”. Mover los fundamentos no será fácil porque hay profundas resistencias que tienen que ver con motivos económicos, con la impermeabilidad de las universidades de medicinas, y por el corporativismo profesional biomédico, además de la relación entre biomedicina y poder en general –biopoder en Foucault. La antropología puede aportar un papel de conciencia crítica sobre los fundamentos de la biomedicina.

Teniendo en cuenta estas tres dimensiones, **A. Young** en 1982 publicó un artículo en *Annual Reviews* que se ha convertido en un clásico.

“*La enfermedad (sickness) no es un término de contenido vacío para referirse a la patología (disease) y/o su percepción (ilness) sino que se puede redefinir como el proceso a través del cual se da significado social a signos de desórdenes conductuales y biológicos, especialmente a los de origen patológico, convirtiéndolos en síntomas y hechos socialmente significativos*”

Convertimos los signos en síntomas socialmente significativos, con lo que Prat dirá que “*La enfermedad es fundamentalmente una forma de clasificar un conjunto de hechos significativos en una cultura y que no dependen de las condiciones objetivas*” (Part e als, 1980).

Sobre el texto (anexo 1) “*La subversión de la retórica del buen vivir y la política de salud*” (Jaime Breilh Paz y Miño), que trabaja en el área de la ciencia de la salud.

**Aproximación a la genealogía**

Como ha ido configurándose este objeto de estudio y cuál es la genealogía de la disciplina. Este campo de estudio es un campo relativamente reciente como hemos visto, desarrollándose con bastante retraso respecto al estudio de otros campos de la realidad social.

En 1988 **Josep María Comelles** en el diccionario de ciencia sociales es responsable del área “Salud y enfermedad”, describiendo el campo de la antropología de la salud y de la insuficiencia a la hora de abordad el campo de la salud, debido a la medicina y a una serie de problemas teórico-conceptuales-metodológicos, con lo que en esos años, los 80, seguía en construcción. Cuáles son los conceptos, las teorías, las metodologías, pues hasta la fecha no había un corpus teórico para analizar los procesos de la salud y la enfermedad.

Ángel Martínez en su texto (Tema1. Texto 1) “*Antropología de la Salud. Una aproximación genealógica*”.

Habla de una primera etapa con invisibilización del objeto de estudio, sin apenas referencias a los procesos de salud y enfermedad, y las escasas referencias que nos encontramos aparecen subsumidas en categorías antropológicas que si eran relevantes en la época de la que hablamos correspondiente con la etapa de la antropología clásica y que la denomina “*una antropología sin enfermos*”.

La segunda etapa, que es la que Ángel Martínez denomina como “*una antropología sin biomedicina*” es la que llama etapa pragmática donde empieza a configurarse el objeto de estudio, analizando los procesos de salud y enfermedad, pero en demandad de la biomedicina. Esto se encuadra en los procesos de descolonización para adecuar el sistema biomédico en dichos países, siendo la antropología una traductora cultural.

La tercera etapa será la etapa crítica, hablando del “*descubrimiento de occidente*”, donde es una etapa en la que ya la biomedicina se convierte en objeto de estudio antropológico, y ya no solo los sistemas médicos de “los otros”.

Vamos a ver como se ha ido pasando a cada una de las etapas, que aunque las presentemos secuencialmente solo constituyen un proceso de formación de la disciplina, pero que no es tal cual con barreras tangibles, sino que han coexistido o incluso algunas etapas persisten.

1. Primera etapa. ***Antropología sin enfermos*** –antropología clásica.

No están en las monografías de esta época los procesos de salud y enfermedad.

Los referentes en cuanto a estudiar los procesos socio-culturales de la enfermedad que no proceden de la antropología, sino de otras disciplinas. Tenemos que referirnos entre los precedentes a todo lo que es la medicina social que aparece en el s. XIX ligada a los proceso de urbanización, éxodo rural, problemas de salubridad…con lo que desde la medicina tradicional aparece una preocupación sobre todo por factores sociales de la enfermedad. En Alemania hay que citar una referencia todavía hoy vigente de la obra del etnólogo y patólogo **R. Virchow** (1821-1902); colaboró con la sociedad antropológica de Berlín, interesándose por los usos y costumbres de la sociedad alemana. Escribe en 1847 su “informe político-etnográfico” que es fruto de un viaje que hace a la “alta silecia” (población minera) por encargo del general Bismark para estudiar una fuerte epidemia de tifus y así entender las causas de esa epidemia. Busca una etiología que para él es el régimen político, la pobreza, la injusticia, proponiendo una terapéutica que es “reforma social radical, educación, bienestar…” con lo que tuvo un confrontación con la política. Dijo que “*la medicina es una ciencia social, y la política no es más que medicina a gran escala*” siendo considerado el padre de la medicina social.

Esta medicina social se desarrolla en Alemania, Francia, Inglaterra…donde hay que citar la figura de **Engels** quién en el año 1845 escribe en Inglaterra un texto que se llama “*La condición de la clase obrera en Inglaterra*” donde la condición de la clase obrera, proletariado inglés, donde en algunos capítulos son excelentes descripciones estenográficas sobre el estado de la salud de la población y las relaciones entre pobreza y enfermedad.

Ambas obras van a llegar a nosotros en los años 50 gracias a la labor de **Sigerist**, quien lo recopila y transmite.

Vemos entonces como en el s. XIX había autores que se preocupaban por las condiciones sociales de la salud y la enfermedad, pero ninguno de ellos era antropólogo. Al estar naturalizada la medicina la antropología no consideraba estudiar el análisis de lo biológico, siendo la cultura su objeto de estudio –la naturalización. También porque aquellos sistemas médicos de esas sociedades no eran expresadas como categorías de la medicina; por lo tanto estaba subsumido en categorías antropológicas que si eran relevantes en esa época, como la magia y la brujería. La *naturalización del objeto de estudio* hace que si ojeamos las etnografías clásicas veremos pocas referencias a la salud y la enfermedad, sobre todo en capítulos introductorios considerados como datos externos junto a datos demográficos y demás. Y en segundo lugar con la *subsunción en otras categorías* de la época relevantes, tenemos que pensar en el evolucionismo, que hacía una radical –de raíz- distinción entre naturaleza/cultura, ciencia/creencia, racionalidad/irracionalidad, donde la medicina era ciencia y lo otro era creencia, por lo que era estudiado como tal. La antropología no tenía las herramientas conceptuales para ver dichos procesos de lo que hoy llamamos *sistemas médicos* de los otros pueblos; era considerado magia, brujería…

*Tylor* decía sobre la mentalidad indígena que era irracional, teniendo la facultad humana pero aplicada erróneamente, primitiva, llamado de *pensamiento mágico*. Los sistemas médicos eran aprehendidos desde un aparato conceptual de magia, irracionalidad…y no abordadas como sistemas médicos, pues no estaba consolidado el aparataje conceptual de la disciplina de antropología de la salud. *Boas* describe en sus estudios una epidemia de difteria, pero no se reconoce los procesos de salud y enfermedad como problemas abordables desde lo social.

El problema no era tanto de omisión como de subsunción, donde los datos se perdían.

*Conclusión*; en esta época, con el bagaje conceptual era imposible que emergería este campo de estudio, no siendo objeto del evolucionismo. No se habían producido las condiciones para la emergencia de este campo de estudio. En esta época podemos ver un paralelismo entre la relación que la antropología tenía con otros pueblos y la biomedicina con la sociedad occidental, donde se clasifica como irracional por un lado los conocimientos de los otros y como conocimiento atrasado a la medicina popular o la etnomedicina. Compartían la misma visión etnocéntrica, unos sobre los otros externos y los segundos sobre los otros internos. Lo que resulta clave y central para explicar esto es la fuerte *dicotomía entre ciencia y creencia*, que mientras que estuviera vigente con todas las dicotomías adjuntas, es imposible que emerja una antropología de la salud.

Aunque esta era la situación dominante, no quiere decir que no haya en esta etapa ya quien se cuestiona esta dicotomía. En este cuestionamiento incipiente podemos citar la obra de *Evans-Pritchard* “*Brujería, magia y religión entre los Azande*”, con categorías hegemónicas de la época. Ya E-P introduce la sospecha de que quizás la mentalidad Azande no fuese totalmente ajeno a componentes racionales, con lo que dice que coexisten explicaciones místicas y empíricas. Responden al porqué suceden los acontecimientos y no al cómo, aunque saben cómo ha sucedido; la pregunta que tratan de responder con la brujería no interroga a la causa sino a la coincidencia de hechos. La creencia en la brujería Azande no contradice la explicación causa-efecto.

La ciencia es el patrón desde donde se estudia, pero no un objeto de estudio en sí como si será en la tercera etapa.

Los factores que permitieron la aparición de la consolidación del objeto de estudio, en el texto de Ángel Martínez se hace referencia a un texto de la bibliografía de Jesús de Miguel de 1980 “*Introducción al campo de la antropología médica*” que es un clásico en el estado de la cuestión hasta esta fecha en España. Hace referencia a cinco factores que posibilitan la aparición del campo, de la especialidad: “*1) El desarrollo de la investigación etnomédica, 2) la orientación de la historia de la medicina hacia bases teóricas y metodológicas más cercanas a las Ciencias Sociales, 3) los estudios sobre problemas psiquiátricos y urbanización alentados por la Escuela de Chicago, 4) la expansión de los estudios sobre cultura y personalidad, y 5) la potenciación, a partir de la década de los cuarenta, de programas de salud pública en los países no industrializados bajo los auspicios de fundaciones y organizaciones internacionales como la OMS*” (De Miguel, 1980:13)

1. Labor de **H. Sigerist** (1891-1957) que pone en marcha una importante labor, junto con sus discípulos que reorienta hacia unos enfoques más cercanos a las ciencias sociales. fue historiador y médico; la historia de la medicina había sido hasta ese momento una especie de narración épica, con descubrimientos de personajes puntuales, siempre occidentales desde la biomedicina. No había reflexiones sobre factores sociales, culturales, tecnológicos hasta la fecha, con lo que parecía como si los factores de salud y enfermedad fueran obra de personajes concretos. Sigerist elabora una historia de la medicina mucho más sociológica, donde en los años 30 viaja a la Unión Soviética fascinado por sus sistema de salud, escribiendo una obra para ello, que revisa 10 años después en los años 40, silenciada más tarde en la época de McCarthy, acusado de marxista, exiliado a suiza, donde escribió sus últimas obras, destacando “*Historia de la medicina*” (1951) cuyo proyecto inicial eran 10 tomos de los cuales solo escribió 2 pues murió, con una visión sociológica con lógica social.

No es casualidad que *Acherknecht* “*Medicina y antropología social*” (1971) que publico libros sobre medicina indígena. Define los sistemas médicos entre otros pueblos externos, siendo este autor discípulo de Sigerist, y biógrafo de Virchow.

1. La **escuela de cultura y personalidad**, fundamental en el estudio de la enfermedad, especialmente en el de la enfermedad mental, destacando el papel de R. Benedict. Surge desde el particularismo histórico de Boas que va acercándose a la psicología –sobre todo la freudiana- estudiando como la cultura determina la psicología individual. Empiezan a debatirse cuales son los principios de normalidad y anormalidad, si están determinadas y de qué manera por la cultura…debatiéndose cuestiones que nos llevan a pensar sobre la cultura en la aparición de enfermedades. “*El estudio antropológico de la enfermedad es un logro indiscutible de la escuela de cultura y personalidad*” dice Ángel Martínez.

R. Benedict es la primera que comienza a romper esa visión profundamente individual que reinaba en la disciplina. Estudiaba el papel de la cultura en los procesos de enfermedad mental, entendiéndola como dificultad de los individuos de adaptarse a los patrones culturales hegemónicos, con lo que estos individuos no son los suficientemente plásticos para amoldarse a dichas culturas. Ya en los años 40 se dan estudios incipientes sobre estos temas.

Esto provoca que en los años 50 aparezcan los estudios sobre **síndromes de filiación cultural** –*Culture-Bound Syndromes*-, importantísimo en la antropología. Estudios sobre el susto, la pérdida del alma, la reducción del pene…ejemplos clásicos que estudio a partir de los años 50 la antropología bajo el paraguas de estos síndromes de filiación cultural. Hoy día en nuestra sociedad son la anorexia, la fibromialgia, el estrés, la transexualidad clínica…siendo patologías culturales, en este caso de occidente.

Por un lado abre un campo muy interesante y fructífero, que además nos está poniendo sobre el tapete que las disfunciones no pueden explicarse solo en función de factores bioquímicos –que lo tienen-, sino que nos está hablando del poder de lo cultural. Entender que la cultura está en la producción de las enfermedades junto con otros factores es muy importante y tiene mucha fuerza a la hora de diseñar terapias. Nos hacen ponernos en la necesidad de buscar terapéuticas más allá de las exclusivas respuestas biológicas.

1. Participación/colaboración de la antropología en los **programas de salud pública internacionales** que se empiezan a poner en marcha tras los procesos de descolonialización fundamentalmente en países no occidentales –no solo sudamericanos. El contexto es el fin de la II GM, con el papel hegemónico del imperialismo estadounidense, con intervenciones en el campo de la salud sobre las antiguas colonias. Una parte muy importante de las antiguas colonias han alcanzado o están en procesos de alcanzar la independencia; apoyados en la OMG, OPS o en organizaciones privadas o no gubernamentales…empiezan a implementar programas, políticas, de salud pública –objetivos del milenio. En el ámbito de la llamada política desarrollista. Tanto la OMG como la OPS se proponen exportar el conocimiento a esos países en “vías de desarrollo” usando la terminología desarrollista y etnocéntrica de la “época”.

Empiezan a darse cuenta del fracaso de dichas intervenciones, con lo que recurren a la antropología como intermediadora cultural. Se empieza a vincular a un número importante de antropólogos para que traten de explicar la resistencia de las poblaciones autóctonas a dichas intervenciones que estaban implementándose. Ejercicio *pragmático*, *etnocéntrico* además de dependiente de la medicina occidental, *sin autonomía* en la definición del objeto de estudio.

Informes que no eran críticos, donde en este sentido hay un libro “*Por su propio bien, 150 años de consejos a las mujeres*” de *E. Hrenreich* y *E. English*, autoras norteamericanas. Es un paralelismo de aquello que está ocurriendo en la antropología hacia los otros y entre la biomedicina y los sistemas de salud en el mundo occidental; proceso de aculturación de los saberes populares –los otros internos-, donde el conocimiento experto pasa a manos de especialistas. Como los expertos pasan a monopolizar esos conocimientos compartidos.

Antropología etnocéntrica, acrítica, por el propio bien.

*Gonzalo Aguirre Beltrán* (1955) “*Programas de salud en la situación intercultural*”, antropólogo y justificador de la política indigenista en México, donde trataban de asimilar, integrar, de forma paternalista a los indígenas en los Estado—Nación que surgían. Ayuda que se hace de forma paternalista, asimilacionistas. Paradigma de la antropología aplicada a la sanidad indígena. Vemos claramente ese papel de la antropología como mediador en la labor expansión del sistema biomédico.

1. Segunda etapa. ***Una antropología sin biomedicina*** –pragmática.

Aquí si se configura ya el objeto de estudio, ha emergido, que es el estudio de la medicina, de los sistemas médicos de los otros pueblos. Pragmatismo etnocéntrico. Se da en los años 50 en ese contexto de antropología aplicada.

La salud y la enfermedad ya se convierten en objetos y en campos etnográficos, con un panorama de fuerte pragmatismo y como consecuencia de fuerte dependencia de la medicina occidental. Falta de discusión teórica por tanto debido a estas consecuencias, donde no había condiciones para que surgiera dicha discusión teórica, de forma que en los años 50-60 dirá *J. M. Comelles* que “*la antropología es una especie de cajón de sastre unificado por un interés temático, pero no por una vinculación teórica o metodológica*”, sin discusión acerca de estas últimas dos cuestiones, ni bajo las premisas sobre las que se está trabajando.

Es muy escasamente o casi nunca la biomedicina el objeto de estudio etnográfico desde la antropología de la salud. No han emergido las condiciones conceptuales para que la biomedicina se convierta en objeto de estudio, pues sigue estando presente las dicotomías entre ciencia/creencia, siendo la *ciencia* –medicina- la que estudia a las *creencias* –prácticas terapéuticas de los otros pueblos. También lo hacía imposible los intereses de las agencias internacionales, que no estaban interesadas en una antropología crítica, que eras quienes financiaban junto con las organizaciones internacionales y las privadas, y quienes delimitaban el objeto de intervención.

En los años 50-60 se configura lo que inicialmente se llamó la **etnomedicina**, los estudios etnomédicos, entendidos inicialmente como el estudio de la medicina de los otros pueblos. Hoy asumimos que es el estudio de cualquier estudio médico, incluidos el nuestro –la biomedicina. Sistemas etnomédicos de otros grupos étnicos, en un panorama de pragmatismo y de falta de crítica teórica.

Surge en relación a la primera dicotomía ciencia/creencia otra que tiene como oposiciones las enfermedades orgánicas/enfermedades mentales. Había un terreno clínico, de la biomedicina, y otro relacionado con las enfermedades mentales que si eran objetos de la antropología de la salud.

En los años 60, ya avanzados, con un modelo de subalternidad, de dependencia, donde el individualismo y el pragmatismo que se pedía en antropología impedía justamente lo que la antropología podía aportar que era el holismo, pero que los organismos que financiaban no querían dicha perspectiva holista, capaz de interrelacionar lo que en la realidad aparece como segmentado. Estamos en una práctica microsocial, ecléctica, que empieza a chirriar, por lo que empiezan a surgir importantísimas críticas a todos estos trabajos acríticos asociados a dicha etapa posterior. Críticas a la antropología de la salud que se le califica de etnocéntrica, de querer aculturar a las poblaciones de estudio. De enmascarar bajo problemas de salud lo que en verdad correspondía a problemas de desigualdad, contribuyendo a la apertura de la brecha entre estos países y occidente… Fuertes críticas que se corresponde con la segunda crisis de la disciplina, dando lugar a la llamada etapa crítica que veremos a continuación, en los años 70-80.

1. Tercera etapa. ***El descubrimiento de Occidente*** –crítica a la biomedicina.

Esto da paso a la etapa crítica, en los años 70-80. Las causas nunca nacen en un vacío social, y está en especial se enmarca en una etapa de relativa crisis del modelo biomédico.

Por un lado se constata el fracaso de las campañas internacionales en su lucha por la desaparición de la pobreza, el hambre… Se empieza a constatar cómo hay una reaparición crítica de las enfermedades contagiosas, cuando hay vacunas para erradicarlas. Esta reaparición de dichas enfermedades hace que sea inevitable que se vaya más allá de los causas biotecnológico y que haya que pensar en otras cuestiones socioeconómicas, en la falta de recursos…con la desigualdad y factores socioculturales.

En los propios países centrales empieza a haber un relativo descontento con el modelo biomédico. Se constata que la biomedicina funciona bien con las enfermedades agudas, pero no tanto con las enfermedades crónicas. Es aquí donde situamos esa transición entre enfermedades infecciosas y enfermedades crónicas. Se puede establecer en términos generales pero olvida la diversidad, con lo que hay que tener cuidado, pues las primeras achacan más a los sectores en situación de desigualdad pero sin importar su latitud geográfica.

En esta década de los setenta destacar a autores que “*desarrollan diferentes tentativas de construcción teórica y conceptual tanto de la enfermedad como de los sistemas médicos*”; **Fabrega** –“*conocido por introducir por primera vez la idea de multidimensionalidad de la enfermedad (1972)*”-, **Colson**, **Selby** o **Foster** –“*quien en 1976 distingue entre dos tipos generales de sistemas a partir del criterio de la concepción etiológica sobre la enfermedad: los personalistas y los naturalistas*”.

Contexto disciplinar por tanto de cuestionamiento hacia la biomedicina, pero en un contexto global donde surgen los llamados *nuevos movimientos sociales*. Momento de cierta efervescencia crítica, contexto donde se cuestionan los modelos de salud hegemónicos. Surge lo que se conoce en el ámbito de la salud pública, de la medicina social, los modelos de atención comunitarios, basados en la comunidad. Este es un modelo que empieza a ser propuesto cuando se constata el fracaso de los modelos anteriores, que eran más selectivos, de rasgos específicos, con una mentalidad muy centralizada, llevadas a comunidades que no habían solicitado la atención, y que intervenían esporádicamente; fracasan y lo que ocurre es que estos organismo es culpar a la gente de dicho fracaso –no cooperan, no conocen los procesos, no toman medidas preventivas, etc.- donde la causa de los fallos se achacaba a la incultura, superstición…

En la etapa crítica se empieza a pensar que es la gente la que debe ser el motor de aquellas medidas que se tomen, que contribuyan en las medidas de las soluciones. Lo que deben hacer los funcionarios públicos es proporcionar herramientas, formación y demás aspectos necesarios. Hay un cambio de concepción en el que ahora las poblaciones ya no son concebidas como los beneficiarios pasivos, sino como participantes activos, donde dicha participación se considera un derecho democrático. Empiezan a plantear que se debe reforzar la autonomía y no la dependencia –que es lo que se venía haciendo hasta ese momento- de la medicina.

La OMS en dicho contexto apuesta por la recuperación y el fortalecimiento de las medicinas indígenas, haciendo que en distintos sitios se incorporen las medicinas indígenas a las constituciones. Se propone un modelo de atención basado en la comunidad y para la comunidad, apoyando a los promotores de la comunidad, fomentando los recursos locales, priorizando la medicina preventiva, priorizando la educación en salud ayudando a que la gente se forme en esos conocimientos básicos de salud.

Dos textos representativos de esta forma de pensar; uno editado en EE.UU. para la realidad de las mujeres occidentales llamado “*Nuestros cuerpos, nuestras vidas*” de autoría colectiva: Salud de las mujeres de Boston (1972) donde traslada información a las mujeres sobre el ciclo sexual, reproductivo, anticoncepción, partos, menopausia…para que las mujeres se vuelvan a hacer cargo de su cuerpo, de su sexualidad, de sus procesos de salud, criticando al etnocentrismo y a la apropiación de conocimiento por parte de los expertos. En el contexto de los países del llamado tercer mundo hay otro libro clásico de D. Werner (1973) “D*onde no hay doctor. Una guía para los campesinos que viven lejos de los centros médicos*” con compendio básicos de conocimientos preventivos. Parte de una serie de premisas básicas, donde la salud no solo es un derecho sino una responsabilidad; el objetivo de cualquier programa de salud es el de capacitar a las personas para que sean capaces de llevar sus procesos de salud, no siendo monopolizado y esoterizado por una minoría. Promover el conocimiento en la comunidad, donde la salud no debe venir desde fuera sino promovido desde dentro, participando la gente activamente en la salud.

Citar también de la experiencia de los llamados “*médicos descalzos*” en China. Experiencia política y culturalmente muy localizada, en los años 60, que forma parte del movimiento de liberación nacional de Mao. Influencia que tuvo en todo este contexto que hemos dibujado. Se combatió esa monopolización, esa casta médica, donde estos médicos se mandaron a pueblos rurales, donde se formaron para atender e implantar otro modelo de atención; formo a muchos médicos que antes eran personas corrientes mientras que a los grandes cirujanos se les puso a trabajar en plantaciones de arroz. Dejando aparte la paradoja, se puso en marcha un sistema de atención a la salud que incorporaba prácticas tradicionales, garantizando la sanidad gratuita y universal a muy bajo coste para el gobierno, y donde se formaron miles de médicos. De hecho esta experiencia constituyo el modelo de una declaración de *Alma Ata*.

La declaración de **Alma Ata** surge en una conferencia internacional sobre la atención primara a la salud organizada por la OMS y la OPS en Kazajistán en 1978. Tenía esa componente de crítica, de puesta en marcha de modelos de sanidad comunitaria… Culmina con una declaración que ha sido y es muy importante, donde la intención, el espíritu, sigue muy vigente, con el famoso lema de “salud para todos en el año 2000”. Compromiso que adquirieron los países participantes, enfatizando la atención primaria a la salud como forma de garantizar la salud de la población. Se pensaba que la única manera de lograr esto era con programas de salud preventiva, primaria, que incorpore las medicinas y practicas locales, siguiendo el modelo basado en la comunidad. Todos los países se comprometieron a implementar un modelo de salud teniendo los recursos locales, incentivando la participación local en dichos programas. En España podemos citar todo el proceso de reforma que se puso en los años 80 con la reforma de atención primaria, que tenían unas intenciones políticas muy importantes.

Se reconocía que la salud no era algo segmentado del componente socioeconómico de los Estados. Lo que ocurrió con esta declaración paso lo que con otras, que se quede en una “declaración de intenciones”, donde salvo experiencias puntuales políticamente significadas muchos gobiernos no adquirieron un compromiso real sino solo formal. Relativamente pronto –años 80- este modelo de atención a la salud se cae, achacándole que era caro, poco realista, apostando por modelos de atención puntuales a grupos de riesgo –mortalidad infantil...- llamado modelo selectivo de salud o *modelo de atención primaria a la salud selectiva*.

En este modelo selectivo de salud se seleccionaban una serie de actuaciones en relación a un grupo de riesgo, de una problemática de riesgo, implementando acciones para prevenir sobre dicha cuestión. Tuvo mucho éxito, donde recibió mucha ayuda de la OMS, la OPS y de ONG´s. Exige menos esfuerzo de transformación social…pero que con una mirada antropológica podemos ver que no solo no transforma, sino que al no tener en cuenta todos los factores puede ser perverso.

Se abandona la idea del cambio social, de la participación de la comunidad. Se toma la idea de garantizar la supervivencia más que de la salud de una población. Con frecuencia este tipo de modelo de salud, que es muy paternalista, ya que una de sus pilares es la educación, formación... donde se culpa a la gente de su ignorancia en vez de ir a las condiciones sociales que provocan estas situaciones.

Es en este contexto social donde nace a esta etapa crítica, que a nivel disciplinar empieza a aparecer tentativas de construcción teórica y conceptual dentro de la disciplina que llaman a recuperar esa dimensión holística de la disciplina –que es incompatible con esa actuación pragmática de la segunda etapa. Los análisis de los procesos de salud y enfermedad no pueden segmentarse de lo social, del resto de la sociedad. Junto a esto en los años 80 se plantea también que la medicina occidental –biomedicina, alopática; donde el rasgo estructural es el biologicismo- se replantea el holismo donde esta medicina no puede ser el patrón de oro desde donde se analizan el resto de sistemas médicos, sino que este sistema biomédico es uno más entre otros posibles. “*Autores como Good, Kleinman, Hahn, Gaines, Mishler, Young o Rhodes*”.

Importante aquí la obra de un antropólogo y psiquiatra **A. Kleinman** que en 1980 en un texto llamado “*Patients and healers int the context of culture*”, disolviendo la dicotomía ciencia/creencia, propone por primera vez que es sistema biomédico debe ocupar una posición simétrica al igual que otros sistemas médicos, diciendo que todos ellos son sistemas socioculturales. Reelabora la definición de disease/illness que había empleado Fabrega para dotarla de una nueva significación, diciendo que “*la disease es solo la representación biomédica de la disfunción biológica, no la disfunción biológica en sí mismas, sino uno de los modelos explicativos posibles de la enfermedad*”; la forma en como la biomedicina representa la disfunción biológica, entendiendo la enfermedad en términos objetivos, pero que es “una” explicación de la enfermedad entre otras posibles, relativizando a Fabrega. “*Y es que para Keinman tanto la patologia (disease) como la aflicción (illness) son representaciones posibles, construcciones del conocimiento o categorías culturales susceptibles de ser analizadas etnográficamente*”.

“***Mishler*** *emprende la difícil tarea de mostrar como la biomedicina es una subcultura con sus creencias institucionalizadas, valores y prácticas, y por tanto, susceptible de ser estudiada como otras instituciones culturales y sociales*” (1981).

Plantear que la biomedicina es un sistema sociocultural hace replantear muchas temáticas de fondo, tan cruciales en la disciplina, y que se pueden discutir desde el campo de la antropología de la salud. No solamente a nivel teórico, sino a nivel temática, que abre un campo de investigación muy amplio. Formación de los profesionales, ejercicio profesional de la medicina, la dimensión social del trabajo dentro del modelo biomédico, las tecnologías en las formas de representación del cuerpo…

Hemos visto cómo se han ido construyendo los pilares de una antropología de la salud, que como hemos visto ofrecen una visión macroscópica de los procesos de salud y la enfermedad, ampliando el foco, analizando los factores sociales y culturales de dichos procesos. Introduce una visión histórica, diacrónica. Introduce la multicausalidad etiológica de las enfermedades. Se cuestiona la relación entre la norma social y la norma biológica, etc.

Nuevo campo de estudio donde la biomedicina es contemplada como una etnomedicina más. “*Una parte importante de la reflexión teórica en este campo se ha dirigido al análisis de las presunciones culturales e ideológicas en las que descansa la cientificidad de la biomedicina […] que según Mishler son: la definición de la enfermedad como desviación de una norma biológica, la doctrina de que existe una etiología específica de las enfermedades (unicausalidad), la noción de que las enfermedades son universales y la idea de neutralidad de la teoría y de la práctica biomédicas*” (1981) o la de otros autores como “*Menéndez o Kirmayer que señalan la dicotomía mente/cuerpo, autonomía de la biología de la conciencia humana, atomismo anatómico, independencia de lo natural frente a lo social, individualismo epistemológico, biologicismo, mecanicismo, mercantilismo, a-socialidad, a-historicidad, eficacia pragmática, etc.*”.

En el de *A. Martínez*, donde habla de la *antropología de la illness –Clinically Applied Anthropology-* y *antropología de la sickness –Critical Medical Anthropology*. Él dice que la diferencia entre estas dos sería más a nivel de enfoques teóricos, donde la antropología de la illness tendría más que ver con los enfoques culturalistas de la antropología, hermenéutica, de signos, símbolos, interpretaciones… mientras que una antropología de la sickness tendría un enfoque más sociológico de la enfermedad, y que va a entroncar con una corriente de antropología crítica de la salud que se llama *Critical medical antrhopology*. Preguntas diferentes que se le dan a una misma realidad. “*El debate entre clínicos y críticos es de naturaleza anglosajona y no alcanza a todos los autores […] dentro del primer grupo podemos encontrar dos subgrupos: el culturalista y el pragmático. En el grupo de los materialistas encontramos también dos subgrupos: una línea materialista dura y otra tenue*”.

Es muy prolífica etnográficamente, donde constantemente se realizan estudios de temáticas muy variadas. Hacen de esta disciplina un campo con mucha potencialidad. La aparición tan prolífica de este campo tiene que ver con la disolución de esa dicotomía ciencia/creencia.

En cuanto a la **periferia**, en España, “*El magisterio de Claudio Esteva supuso la introducción precoz de temáticas como la enfermedad mental y la antropología aplicada dentro del escenario autóctono. Discípulos suyos son Josep María Comelles y Oriol Romaní, quienes institucionalizaron y desarrollaron el campo de la Antropología de la Salud. […] La importancia de las aportaciones periféricas reside, fundamentalmente, en su carácter de contrapunto a las orientaciones, a veces exclusivamente pragmáticas, a veces ingenua y superficialmente críticas, de la metrópoli norteamericana. No es por casualidad que las fuentes de inspiración teórica de los antropólogos norteamericanos son hoy día europeas, desde Foucault a Gramsci, desde Canguilhem a Lukács, desde Cassier a Schütz*.”

**Anexo 1. Ébola**

Clasificada como **E**nfermedad **I**nfecciosa **E**mergente. Se conoce desde los años 70.

Para pensar sobre estas *EIE*, ir a la epistemología crítica. Esta hace un ejercicio crítico y reflexivo sobre el proceso de adquisición del conocimiento; necesita de una cierta perspectiva, para poder hacer una mirada retrospectiva. ¿Cómo emerge una categoría? ¿Cómo se cataloga como EIE? Está muy familiarizada con la multicausalidad, ya sea por el desarrollo agrícola, industrial, cambios demográficos, tipo de salud pública…pero también cambios en los microbios y demás.

Este tipo de enfermedades está relacionado con comportamientos humanos, no solo pensado a nivel local, sino global; también en el estudio de las mutaciones microbianas, donde la acción humana también tiene un papel fundamental. Siempre cuando surge una enfermedad hay cosas que aparecen visibles y otras que no.

Hay muchas enfermedades que se definen más pos la condición socioeconómica que por su latitud geográfica.

Otra limitación es el marco de actuación en el que se basan las medidas políticas. “La salud del individuo depende de la salud de la comunidad”; las políticas públicas toman como medida de análisis el estado nación, pero este carece de relevancia en determinadas enfermedades, virus, organismo…que ignoran las divisiones políticas. Estas políticas tienen limitaciones, porque ignora las diferencias socioeconómicas.

El ébola en concreto fue aislado como virus en los años 70, habiendo algunas epidemias. Se relaciona aparte de con el comercio y sus redes internaciones, también con las desigualdades –pobres, personas que trabajan con estos grupos- que por sus condiciones están fuera de estas redes de transmisión.

Los medios de comunicación se encargan de espectacularizar toda esta cuestión, cosa que hay que tenerlo muy en cuenta.

**Tema 2. Los sistemas médicos.** Medicina "popular" y medicina “primitiva” versus medicina "científica". Una aproximación crítica al campo de la Etnomedicina y su evolución. La biomedicina como etnomedicina.

Vamos a analizar una aproximación sincrónica a las lógicas de los diferentes sistemas médicos. Analizaremos primero los “otros” sistemas médicos, llamadas inicialmente medicinas primitivas, para al final analizar la biomedicina como una etnomedicina más. Reificaremos un poco los sistemas médicos, cuando en la realidad lo que hay es un conjunto de creencias y practicas muy mezclados y con mucho sincretismo. Los veremos por tanto como modelos ideales. *Paolo Bartolli,* en un trabajo concreto, analizará la realidad, mucho más compleja y sincrética.

Tenemos que partir de una serie premias que algunas ya hemos ido viendo:

* Todo sistema médico tiene su propia lógica, su racionalidad, sus principios terapéuticos, y por tanto todos elaboran sus propias etiologías –ciencia que va buscando las causas- de la enfermedad; conjunto de creencias sobre la enfermedad y sobre su tratamiento.
* En todas las sociedades existen prácticas terapéuticas y preventivas; un conjunto de creencias elaboradas por el cual se asocia enfermedad y sociedad.
* En todas las sociedades existen especialistas en la atención a la salud y la enfermedad. Estos especialistas pueden ser muy especializados o no, dedicados a tiempo parcial o completo, sociedades donde la comunidad posee en alto grado conocimientos sobre la salud y la enfermedad o no.

Diversidad cultural en los modelos de atención en la salud y la enfermedad.

Siguiendo la genealogía de la disciplina veremos los sistemas médicos según han ido interesando y siendo estudiadas por la disciplina. Empezaremos con la primera etapa –medicinas indígenas.

1. **Medicinas primitivas** –lo que hoy llamamos medicinas tradiciones, ancestrales, indígenas.

Fueron el objeto de estudio inicial de la etnomedicina. En la enciclopedia de *Hugues* (1968) vemos que se entendía por etnomedicina; donde hasta los años 80 está muy claro “*aquellas creencias y prácticas que son relativas a enfermedades que son producto del desarrollo cultural indígena y que no derivan de la estructura conceptual de la medicina moderna*”, haciendo referencia a sociedades no occidentales.

Cuando la antropología hablaba de la etnomedicina también se refería al estudio de creencias y prácticas sobre la salud y la enfermedad que no se basaban en la biomedicina pero que se daban en nuestras sociedades, llamadas medicinas populares.

Todos estos estudios genealógicos partían de la base de que todos estos sistemas médicos se basaban en explicaciones transcendentales. Uno de los máximos exponentes es **Ackernecht**, médico antropólogo de los años 60, que cuando empieza a escribir dice en la Introducción de su obra que no le parece etnocéntrico el término de etnomedicina, y que está seguro del carácter mágico sobre el carácter de estos sistemas médicos –tiene muchos estudios de etnomedicina- y aunque reconoce que la biomedicina puede tener algunos rasgos mágicos, hay unas diferencias de raíz, de base, entre una medicina que es básicamente empírica y racional- la biomedicina-, y entre la otra que es de base mágica, ,aunque tenga algunos rasgos de carácter empírico –la medicina primitiva. Medicina mágico-religiosa aunque use algunos rasgos racionales. Lo racional es lo lógico de base empírica por tanto, que solo se da en la biomedicina según este autor.

Tampoco podemos olvidar dos precedentes de *Ackernecht*, en principios del s. XX que son los antropólogos *Rivers* y *Clements*. *Rivers* escribe en 1924 “*Medicina, magia y religión*”, que participo en la *expedición al Estrecho de Torres*, estudiando las practicas medicas de los aborígenes en Nueva Guinea, siendo una etnografía bastante ambiciosa, atreviéndose a proponer una clasificación de los grandes subsistemas médicos, o visiones del mundo: los naturalistas, la mágica y la religiosa; dice que la medicina indígena puede presentar principios empíricos –como masajes- pero que en general es una etnomedicina o mágica, o religiosa o mágico-religiosa, definiendo la diferencia entre ambas. *Clement* por su parte establece en el año 1932 en “*Conceptos primitivos en torno a la enfermedad*” cinco etiologías de las enfermedades: la brujería, la violación/trasgresión de un tabú, intrusión de un objeto, intrusión de un espíritu y por último la pérdida del alma; hace una distribución geográfica de las causas de la enfermedad. Ambos estudios son precedentes, embrionarios, que marcan este interés por clasificar y entender las creencias y prácticas de los pueblos aborígenes sobre la salud y la enfermedad.

Ya a raíz de Ackernecht y sus premisas, en la segunda etapa, se establecen una serie de características para estos sistemas médicos de las llamadas medicinas primitivas:

* Predominan las *explicaciones trascendentales* por encima de la lógica, donde la apuración de la enfermedad es causas por fenómenos sobrenaturales.
* *Función social* que cumple la enfermedad en estos sistemas médicos. Es muy frecuente que la salud y enfermedad aparezcan como una área muy extendida, manifestación de las relacione son el medio ambiente, con las relacione sociales, donde la enfermedad es una desarmonía con esta relaciones. En estas sociedades se cree que la enfermedad aparece cuando las relaciones de los individuos con su medio van mal. Buscan las causas relacionadas con el medio tanto social como ecológico; esto tiene que ver con cómo se conciben estas sociedades, con sus lógicas societarias. El pensamiento sobre la salud y la enfermedad por tanto nunca es neutro.
* Las *prácticas terapéuticas*, en la medida en que la etiología se considera en función de las relaciones sociales, irán destinadas a esas causas que han ocasionado; serie de rituales –el chamán, que trata de restablecer ese tabú, etc.- que van destinados a contrarrestar o enfrentar las causas. Importante aquí la noción de *Lévi-Strauss* de “*eficacia simbólica*”, donde estos rituales tienen un alto grado de eficacia –lo que hoy llamaríamos desde nuestra perspectiva efecto placebo. Junto a la eficacia ritual, la etnomedicina ha llegado a reconocer con el tiempo la existencia de una fuerte base empírica, de una importante farmacopea, en dichas sociedades –aunque todavía sigue siendo una asignatura pendiente- de la cual nuestra farmacia es deudora de dicho conocimiento. Muchas de estas sociedades son altamente eficaces en el uso de su medio ambiente con fines curativos. Esto nos lleva a un problema de la actualidad que es la *biopiratería* –robo, apropiación y monopolización por parte de multinacionales de plantas autóctonas y de los saberes asociadas a las plantas-, donde la amazonia, fuente de recursos medicinales y curativos; investigadores o empresas estudian la biodiversidad y conocimiento de los pueblos para explotarlos económicamente sin el consentimiento de sus propietarios legítimos. Este tipo de tratamiento tienen un carácter mixto, donde aparte de la finalidad curativa, puede tener otro tipo de finalidades sociales, aunque también repercutan en la salud; baños rituales, ocultamiento de la heces, y otras actividades con carácter preventivo; practicas rituales donde puede haber subyacencias que el etnocentrismo no dejó ver.
* Importancia del *control social de la enfermedad*; en la medida que se ve ese carácter sobrenatural, la enfermedad tienen una importante función social en cuanto a que la terapéutica permite restablecer el orden social. Sociedades donde no hay formas políticas fuertemente centralizadas se sirven de estos sistemas médicos como formas de mantener la cohesión social.
* *Institucionalización del saber y la práctica médica*; hay todo un proceso de socialización a los miembros del grupo en estos conocimientos y también unos especialistas en dichos conocimientos, donde la función de control social de la enfermedad hace que estos especialistas tengan un posición importante en la comunidad, en la sociedad. Los “*medicin man*”, con importantes conocimientos sobre el grupo, con funciones de mediadores, consecuencia de esa función social de la enfermedad. La palabra de estos especialistas transmite algún tipo de veredicto, de justicia social, con una gran autoridad social en estos especialistas de la salud y la enfermedad.

Sintetizando hemos dicho que en esta primera etapa de estudio de medicinas tradicionales tienen una serie de características –trascendentales, función social de la enfermedad, función de control social de la enfermedad y la institucionalización del saber y la práctica médica. También han reflexionado sobre la eficacia, tratando de ofrecer explicaciones al porqué de esta eficacia. Una de las razones tiene que ver con la base empírica de dichos sistemas médicos, siendo muy eficaces en la explotación de su medio natural, con una importante farmacopea –principios activos que están ahí-, y junto a este factor se han señalado dos causas más. La primera sería *carácter holístico* de este tipo de sistemas médicos, donde es la totalidad del individuo quien está enfermo y no hay una fragmentación entre individuo/sociedad, cuerpo/mente, siendo la totalidad la que se pone en observación y tratamiento, enfocando al individuo en su totalidad, insertado en su contexto. *W. Osler*, s. XIX-XX, una de los grandes iconos de la medicina, que dice que “*es mucho más importante saber qué clase de paciente tiene la enfermedad, que saber qué tipo de enfermedad tiene el paciente*”. Visión unitaria, no dicotómica. La otra característica sería el uso de elementos que nosotros denominaríamos como *psicoterapia*. El uso de procesos de que nosotros denominaríamos sugestión son muy eficaz; la neuroquímica ha demostrado la importancia de las emociones en la fisiología, con una interrelación entre cuerpo-mente que en este tipo de sociedades no disocian.

Tenemos unos estudios etnomédicos donde destacaría Arckeraf, y que buscan sistematizar las características de las medicinas llamadas tradicionales, indígenas, ancestrales… Son estudios que apuntan a que se basan en una lógica diferente, que tiene que ver con la prolongación de lo que se llama discurso causal, no interrogando solo al “como se ha producido la enfermedad” sino también al “porque y a quienes o que agentes están involucrados en la aparición de dicha enfermedad”. También señalan la enorme eficacia empírica, con la introducción de las ideas de “eficacia ritual” y “eficacia social”. Señalan el papel de la medicina como forma de regulación y control social de dichas sociedades, no siendo un área segmentada ni separada del resto de la vida social.

Aportan importantes descripciones etnográficas, contribuyen a documentar la diversidad cultural en este campo, nos abren el camino para pensar como las distintas lógicas se articulan con los sistemas de relaciones sociales en los que se insertan. Son estudios que tienen sus limitaciones, ya que se quedan en una aproximación muy descriptiva y un tanto reificada y rígida, cuando en la práctica no se pueden entrar lógicas prístinas, sino realidades mistificadas, sincréticas, aculturadas.

Conferencia de *Carmen Castillo Cisneros* “*Cuerpo, persona y maíz entre los ayuujk de Oaxaca, México*”.

Los procesos de salud y enfermedad no pueden entenderse a un lado de los contextos donde se insertan. Concepciones sobre el cuerpo, la conformación de la persona, que explican las prácticas en torno a la salud y la enfermedad.

En definitiva, todo esto tiene que ver con el sentido que una sociedad da a la existencia dicho colectivo humano. Llenamos el cuerpo de significados sociales, siendo siempre seres simbólicos, solo que varía según cada lógica social. Prácticas como la de enterrar la placenta, con un determinado significado. En el modelo biomédico-hospitalario la placenta se incinera, denominándola “residuo biológico”, con un simbolismo.

Luego pasaron a estudiarse otro tipos de sistemas médicos, como la medicina ayurvédica –medicina hindú-, la medicina tradicional china, algunas otras medicinas del este de Asia, la greco-arábica llamada hipocrática –con Hipócrates y Galeno- exportada a Europa, etc. Tradiciones que se caracterizan con unas lógicas específicas, diferentes para estos sistemas médicos. Tienen en general creencias en la capacidad autocurativa del cuerpo, creyendo que si se retiran una serie de fuerzas externas que provocan un mal funcionamiento del cuerpo, este tenderá a restablecer el equilibrio. Técnicas terapéuticas que proponen acomodar el ritmo de vida al medio, reduciendo la tensión, de manera que la cotidianidad este en dicho ritmo. Se insiste mucho en la alimentación, siendo todos ellos sistemas médicos que invitan a comer de una manera razonable –siendo esta razonabilidad definido por cada sociedad- y equilibrada. Dan mucha importancia a una vida moral –concepto que será definido por cada sociedad- en los que se basa la existencia. Entienden el cuerpo como un sistema de flujos energéticos, aunque cada uno de estos sistemas llama a esta energía de manera diferente; *Chi* en la china, *aura* en la hipocrática, *prana* en la ayurvédica. La energía vital es la energía de la vida en general, fluyendo tanto dentro del cuerpo como en el cosmos. En la medida en que creen en dicho flujo de energías, la enfermedad estará causada por un bloqueo en el dicho flujo, con lo que muchas terapias van destinadas a restablecer dichos flujos energéticos; la acupuntura, los masajes ayurvédicos. Asumen que cada persona es un microcosmos dentro del macrocosmos, pero a su vez asumen que cada persona es única, con una experiencia vital única. Esto hace que los terapeutas tengan que conocer tanto el funcionamiento del cosmos como el de cada paciente. Proponen un cambio en los hábitos de vida cuando hay que ajustar los flujos energéticos, ya que si no la enfermedad volverá a aparecer. Estas prácticas resultan ser muy efectivas, donde por ejemplo la acupuntura como técnica de la medicina tradicional china, afianzada con Mao Tse-tung, que forma un paradigma característico, con una complejidad enorme; principios opuestos complementarios –ying y yang- con una cosmología diferente a otras.

En las psicoterapias en occidente por ejemplo que provienen de la medicina hipocrática. W. Reich fue una derivación heterodoxa del psicoanálisis; es la bioenergética, donde entienden que cuerpo-mente son funcionalmente idénticos, yendo en relación. No debemos olvidar que estas terapias se inscriben en unas tradiciones filosóficas más globales.

Siguiendo con los estudios etnomédicos, finalmente y ya en los años 80 con estudios como los de *A. Kleiman, Mishler* estudia la biomedicina como un sistema médico más, definiendo sus características que son también culturales. Empiezan a abordar estas cuestiones sin olvidar también que cualquier sistema médico que abordamos hay que verlos dentro de una lógica social.

PowerPoint “*Modelo biomédico*”

Los rasgos que caracterizan al modelo biomédico –que son sincrónicas, homogeneizadoras, reificadoras, pero que son útiles para analizarla. Autores como *Kleiman Mishler, Eduardo Menéndez*, etc. son lo que definen toda esta serie de rasgos del modelo biomédico

1. **Biologicismo**. Es la biología la base, donde consiste en la creencia en que la enfermedad es la desviación de una norma biológica. La biomedicina cree que la enfermedad se define por dicha desviación, con una disfunción biológica. Supone que en última instancia, que en la base de la jerarquía del orden de las cosas están los procesos biológicos, siendo los que determinan el funcionamiento. Esto no significa que no crea en otros factores que influyan en la salud, pero los entiende como causas secundarias que influyen en la “causalidad biológica”. Característica principal que diferencia la biomedicina de otros sistemas médicos. Esto explica que en general en la biomedicina no se tenga un amplio conocimiento ni formación sobre factores socioculturales o históricos. Afecta al cuerpo humano a través de síntomas –en funciones o estructuras-, donde se expresan a través de una serie de signos que el profesional biomédico puede percibir o bien directamente o bien a través de tecnologías de manera objetiva. La biomedicina lo que hará será intentar restituir el desequilibrio biológico, o por lo menos paliar los síntomas.
2. **Atomismo anatómico**. Consecuencia del biologicismo. En la medida que la enfermedad se considera una anomalía biológica de la estructura o función de alguna parte del cuerpo, la biomedicina procederá especializándose cada vez más en el estudio de esa anomalía biológica. Desde este atomismo es un quehacer cada vez más especializado, derivando desde la atención primara a un nivel de especialización mayor. Anatomía que se atomiza; más que de un *pathos* –sufrimiento, padecimiento- trata de un órgano o estructura biológica en concreto. Tiene que ver con la idea de tratar de forma aislada las enfermedades. Hace idea de atender a enfermedades más que a individuos. En la estructura de la biomédica se ve como en la escuela se estudian enfermedades, en la práctica existencial se tratan enfermedades, en los hospitales se agrupan por enfermedades, la epidemiología se agrupa por enfermedades, las muertes se remiten a enfermedades, etc. Manera de entender, de comprender y de analizar la realidad; diferentes maneras de conceptualizar la realidad que nos llevan a diferentes modelos de actuar sobre ellas. También la manera en que se autoidentifica el paciente, donde dichas enfermedades ya no solo crean identificación sino también identidad, habiendo enfermedades que sustentan identidades sociales. La farmacéutica –diseño y venta de medicamentos- se organizan en torno a las enfermedades.
3. **Dicotomía mente-cuerpo.** Idea de que tenemos por separado un cuerpo y una mente. El cuerpo, que lo poseemos, y sobre el cual podemos intervenir. “*Pienso, luego existo*” en la *Sexta Meditación* de **Descartes** (1596-1650), donde se plantea la dicotomía cuerpo-alma. Importante la idea de *mecanicismo* –cuerpo como máquina. Patrones que fisiológicamente se pueden medir, contar, que son constantes, previsible, y que por tanto cuando somos capaces de entenderlos será posible controlar las anomalías. El mecanicismo es una metáfora de la sociedad en la que surge y se consolida el modelo biomédico, la sociedad industrial; filosofía mecanicista de los s. XVII-XVIII donde se cree en las leyes de mecánicas de la naturaleza, como máquina, que el hombre puede conocer aplicando dicho paradigma al cuerpo, desde la biomedicina. En este momento de consolidación de dicho paradigma es muy frecuente la metáfora del cuerpo –siempre pensado en masculino- como un reloj. Hoy día con la prevalencia de la *genética* como paradigma, paralelismo de la sociedad de la información que va cada vez más buscando unidades más pequeñas de observación.
4. **Unicausalidad.** Cada enfermedad tiene una etiología, causa específica. Tiene su origen en la consolidación del *modelo bacteriológico* de la medicina. Se consolida a finales del s. XIX y que tiene que ver con la teoría germinal de Pasteur. Esta teoría germinal donde un germen procede de uno anterior, que se puede aislar, se puede reducir su potencia, y por eso de ahí las vacunas. La teoría germinal de las enfermedades infecciosas creían que cada enfermedad tenía una causa específica en un germen, siendo una manera de relacionarse con los microorganismos, instaurando la lucha contra los microorganismos, retrato de su modelo societario. Triunfo por tanto del modelo bacteriológico, que dio la base científica al modelo biomédico. Concibe al ser humano fuera de la naturaleza, aunque abrió la posibilidad de aislar las enfermedades que en esa época brotaban, en su mayoría infecciosas.
5. **Universalidad.** Consecuencia como casi todas del biologicismo. Si se cree en que la biología es universal, objetivable, las enfermedades son también universales, ya que están basadas en la biología que es también universal.
6. **A-historicidad**. Característica también del modelo biomédico, no creyendo en la dimensión histórica de la enfermedad.
7. **Neutralidad.** Neutralidad de la teoría y de la metodología –la práctica- de la biomedicina. Neutral en la teoría como creencia en que dicha teoría no está regida por ningún tipo de interés, siendo objetiva, neutral. También neutralidad en la práctica biomédica con la creencia de que la mirada biomédica sobre el paciente, sobre la enfermedad, es neutral, objetiva, y que no está impregnada de subjetividad. Creencia por tanto en la neutralidad de la teoría y de la práctica biomédica, creyendo en su objetividad.
8. **Mercantilismo.** Los procesos de salud y enfermedad están insertos en el mercado –estamos en una sociedad de mercado- característica de nuestra sociedad, con unas consecuencias muy importantes.
9. **Eficacia pragmática.** Esta eficacia consiste en la priorización de la curación a corto plazo. El sistema biomédico va buscando la curación en el plazo más cortos posibles. Tienen que ver con la lógica de los sistemas socioculturales, con lo que al respecto –ya Foucault lo ve- la reincorporación de la fuerza de trabajo lo más rápido posible.

La *visión holística* de la antropología entre en contradicción con muchas de las características del sistema biomédico. Frente a la visión microscópica del atomismo biomédico, la antropología propone un *enfoque macroscópico*, donde entre factores como los emocionales, relacionales, sociales, etc. que vaya ampliando el campo de focalización hacia la biografía individual, la sociedad, la economía, etc. Frente a la universalidad de las enfermedades la antropología propondrá la *particularidad* donde la unicausalidad estará enfrentada a la *multicausalidad* que la antropología propondrá. Frente a la neutralidad de la práctica biomédica, la antropología propondrá observar dentro la vida social, desde la *intersubjetividad*, y no considerando como objetiva dicha mirada; la antropología propone estudiar cómo se construye esa subjetividad. Frente a la creencia en la unidimensional dad del biologicismo, la antropología va a plantear la idea de la *multidimensionalidad*.

Veremos ahora contradicciones entre ese biologicismo y la producción social de la enfermedad. Hemos determinado como característica definitoria el biologicismo, a pesar de que es común que los factores sociales, culturales, están en la causa de la enfermedad. *Sepelli*, antropólogo italiano, dice que frente a la idea de que la biomedicina se caracteriza por el exceso de biologicismo, el considera que es lo contrario, ya que no se ahonda en los criterios biológicos, falta de riguridad en los estudios biomédicos a la hora de estudiar los factores sociales y culturales en dicha enfermedad biológica; critica por tanto la falta de estudio multidimensional aunque fuera desde la biología, una metodología científica que abordase todos estos factores.

Este biologicismo en cuanto a la producción social de la enfermedad no atiende a las tres maneras importantes que afectan. La construcción social de la enfermedad –parafraseando a *Berger* y *Luckmann*. Como los factores socioculturales se relacionan con la enfermedad.

1. Como diría *R. Benedict* es la cultura la que define las *condiciones de normalidad* y *anormalidad*. La biomedicina dice al respecto que esto son creencias culturales, no científicas, por lo que no se preocupa por su estudio.
2. Introduciendo en la causa de las enfermedades factores socioculturales tales como la higiene, la alimentación, la pobreza, etc., que tienen que coexistir para producir una enfermedad. La biomedicina puede llegar a aceptar dichos factores pero interpretados como causas secundarios, como epifenómenos de la causa principal, no contradiciendo el modelo biologicista.
3. La auténtica vía negada por el determinismo biologicista es que la antropología plantea que son los factores culturales los que plantean una alteración o disfunción, siendo la cultura la base de la producción social de la enfermedad.

En cuanto a un ejemplo clásico de producción cultural de la enfermedad, a través de **Canon** (1942) donde analiza la muerte por vudú en las llamadas “sociedades primitivas”. Es importante porqué será el que retome Lévi-Strauss para su artículo “EL hechicero y su magia”. Canon describe la muerte por vudú en algunas sociedades; ve como cuando una persona es objeto de un sortilegio, la persona cree profundamente que va a morir, acompañado de una condena social que ratifica ese hecho, y que no se pone en duda en la sociedad debido a los procesos de socialización. Individuo por tanto condenado, ya en una muerte social, apartado del grupo, con algunas sociedades donde se realizan ritos fúnebres aun estando vivo biológicamente. El individuo comienza a ser presa del pánico, de la ansiedad, del insomnio, con dificultad para comer y beber, hasta que finalmente acaba muriendo. Desde un punto de vista estrictamente biomédico no se puede explicar la muerte por vudú, pero ya Canon, que es fisiólogo, apunta a la multicausalidad –adelanto del duelo, estimulación del sistema nervioso, dificultad respiratoria, deshidratación, etc.- factores que se van retroalimentando en un proceso muy complejo con el resultado de la muerte, consecuencia de la suma compleja de dichos procesos. A pesas de eso, al final del texto hace referencia a situaciones parecidas en contextos bélicos –como la I GM- citando informes médicos donde se dan casos de muerte con experiencias traumáticas fuertes, y que los análisis postmorten no pudieron explicar por causas biomédicas.

Esto que plantea Canon no ha perdido vigencia, y de hecho está cada vez más documentando; la muerte súbita como situaciones de estrés. Este ejemplo etnográfico de Canon es coherente con otros estudios que aparecen sobre todo en el contexto de EE.UU. de los años 70-80, como los estudios que ponen de manifiesto las consecuencias que tienen las malas catalogaciones de la enfermedad, de un diagnóstico erróneo, que provoca un empeoramiento del nivel de vida. La autopercepción que se tiene del sistema de salud. Analizar qué efectos tienen las emociones en el sistema psico-neuro-inmunológico. En un estudio en Alameda, donde se entrevista a una corte de 7000 personas, preguntándole sobre su salud y sobre su conectividad de redes sociales –amistad, familiar, etc.- haciendo un seguimiento de más de 10 años; al final establecen una correlación entre la mayor o menor mortalidad conectado con la mayor o menor conectividad, además de factores como tabaquismo, modos de vida, etc. Llegan a la conclusión de que el asilamiento puede ser un factor de riesgo.

En definitiva, todas estas cuestiones de las que hablamos –muerte por vudú, errores de catalogación de enfermedades, causas sociales como riesgo de mayor mortalidad, dolor cultural- son ejemplos de lo que finalmente en la literatura antropológico ha venido a denominarse como el **efecto nocebo** –contrario al efecto placebo. Efecto que tienen determinadas expectativas, creencias, vivencias, en la producción de la enfermedad y/o del dolor. Causas que afectan al desequilibrio inmunitario, los efectos neuroquímicos de las emociones, de las experiencias, etc. El efecto placebo sería por tanto lo contrario; cuando a un paciente se le administra un placebo, y este cree en él, pone en marcha toda una serie de procesos fisiológicos de autorecuperación del cuerpo. Esto hace que cada vez más se esté revalorizando más estas cuestiones bien como factores patógenos –nocebo- o como factores a tener en cuenta positivamente –placebo.

*Valentín Fuster* “*La ciencia y la vida*” (junto con *José Luis Sampedro*). Sobre las emociones; influencia de lo anímico sobre la enfermedad. Medicina en cuanto a relación médico-paciente.

*Arturo Goicoechea* (2007) “*Dolor y cerebro*”. Dice que “*las creencias son fundamentales y pueden y deben ser modificadas. […] El cambio en las convicciones produce efectos químicos internos poderosos. […] Cuando no existe daño físico el fundamental es la cultural, la educación.*”

En el campo de la causalidad, frente a la unicausalidad de la biomedicina, la multicausalidad que plantea la antropología, la *medicina social*, la *epidemiologia crítica*, compartida por muchos campos. La unicausalidad, que vimos que tenía que ver con la asunción del paradigma microbiológico, bacteriológico, con la idea de que hay un microorganismo detrás de cada enfermedad, asentándose la creencia de la etiología de cada enfermedad –única causa, que además es universal. Frente a este modelo han planteado dicha idea de multicausalidad, que tiene una consecuencia importante como el requerimiento de la interdisciplinariedad, con factores sociológicos, culturales, etc. En el ejemplo del *bacilo de cook*, donde son factores multicausales que no solo dependen de la existencia del bacilo para que se den las condiciones en la aparición de la tuberculosis –condiciones de higiene por ejemplo. La mortalidad por tuberculosis no es resultado del uso o no de medicamentos, sino sobre todo de la mejora de las condiciones de vida, visto por *Thomas Mckeown* en “*El crecimiento de la población*” (1976). Hay autores que han planteado como las fluctuaciones de la mortalidad por tuberculosis tienen que ver con las fluctuaciones del sistema capitalista. Inviabilidad de la unicausalidad biologicista por tanto.

Frente a la idea de la universalidad de las enfermedades –que se encadena con la idea de unicausalidad biologicista- y que están causadas por una disfunción biológica, todas las disciplinas críticas plantean la idea de la particularidad. Como hemos visto, la idea de normalidad anormalidad es culturalmente construida. Varía tanto interculturalmente como intraculturalmente. Esa idea de bienestar es relativa, no siendo la misma, y por tanto estando definido en base a variables ya no solo transculturales sino intraculturales. Los síndromes de filiación cultural –enfermedades que aparecen en contextos culturales específicos- no pueden ser estudiados ni entendidos desde esta concepción biomédica de la universalidad.

Frente a la idea de la unidimensionalidad, la multidimensionalidad. Desde la dimensión biológica la antropología de la salud habla de la desease, ilness y sickness. Ángel Martínez en “¿Has visto como llora un cerezo? Pasos hacia una antropología de la esquizofrenia”. Aplica este modelo conceptual al estudio de la esquizofrenia, diciendo que si abordásemos –desde un esfuerzo conceptual- desde la desease tendríamos que hacer referencias a las hipótesis aun no corroboradas sobre la etiología de la enfermedad que plantean que la esquizofrenia tiene una basa genética, o con lesión cervical, o con virus neonatal, dificultades en el sistema cognitivo….efectos fisiológicos en definitiva. En el plano de la ilness habría que ver cómo influyen las expectativas sociales, individuales en el curso de la enfermedad, no olvidando que estos no son factores secundarios, sino estructurales, recurriendo por tanto a aquellos estudios que analizan tanto sociedades que aíslan, tratan como enfermedad, los estigmatiza, como las que no, viendo la relación de las expectativas sociales y la recuperación. En cuanto a la sicknes, analizar la relevancia de las condiciones sociales, económicas, que se preocuparía por las dimensiones sociales de le enfermedad.

Visión macroscópica y holística que la antropología sobre los procesos de la salud y la enfermedad. Abre un maravilloso, amplio e interesante campo de investigación.

Desde una visión antropológica plantearíamos una complementariedad de los diferentes sistemas de salud, no jerárquica –no como la situación que tenemos ahora con un sistema hegemónico de la biomedicina-, sino planteando una *diversidad asistencial*. En nuestras sociedades existe esta diversidad asistencial, pero subordinadas al modelo hegemónico, pero solo es un hecho real cuando se realiza en una relación no jerárquica. La *antropología médica crítica* llama *pluralismo médico* a esta situación, hablando de esa coexistencia de sistemas médicos en igualdad, en todo el territorio y del derecho de todo ciudadano de elegir su forma de atención a la salud, de poder elegir entro los diversos sistemas.

La **diversidad asistencial** puede ser mayor o menor depende del Estado-Nación, y del proceso de medicalización –de si ha sido mayor o menor. Es un concepto descriptivo que constata una realidad empírica.

Un concepto que proviene de otra propuesta teórica es el **pluralismo médico**, que hace referencia a la diversidad asistencial en relación de igualdad en todos los niveles del Estado, sin existir un sistema médico hegemónico. Este pluralismo es un reto, con una serie de barreras que tiene que superar, y con una serie de implicaciones incluso a nivel epistemológico. La plantea la *Antropología Médica Crítica* (*Anthropology Medical Crtiical*), que está muy atento a todas esas determinaciones de tipo relacional. Es lo que derivaría en un *sistema de salud intercultural*, donde la necesidad de crear este tipo de sistema aparece sobre todo en los Estados con grandes sectores indígenas, que lo reivindican como un derecho. En realidad el pluralismo médico es igualmente necesario en cualquier Estado, ya que no solo es étnica, sino sexo-genérica, y de otro tipos, no limitándose por tanto a aquellos países con población indígena. Va más allá de la diversidad asistencia –donde hay una jerarquía legitimada por el Estado, donde se concede el monopolio a la salud-, superando por tanto dicha diversidad, y donde el primer reto del pluralismo médico es fortalecer los otros sistemas médicos que no son hegemónicos, para así poder plantear relaciones de igualdad en este sistema médico intercultural. Solo así se podría garantizar a cada ciudadano el derecho –democrático- a elegir libremente que tipo de asistencia a la salud desea. Es además especialmente importante ya que la biomedicina no puede solucionar todos los problemas de salud, teniendo sus límites y sus potencialidades –como cualquier sistema médico, la eficacia-; en la base está el reconocimiento del hecho de que la biomedicina por sí sola no puede solucionar todos los problemas de salud de la población.

Ejemplos de este pluralismo médico hay pocos. En Holanda hay solo aspectos sectoriales como el parto, donde cada mujer puede elegir el tipo de parto, y donde el Estado cubre cada uno de ellos. En China tenemos otro ejemplo, donde en los centros de salud hay tanto terapeutas de la biomedicina como de la medicina tradicional, con una relación fluida entre ambas, coexistiendo.

Respecto al texto de Paolo Bartoli, *“¿Esperando al doctor? Reflexiones sobre una investigación de antropología médica en México*”.

Dos ideas principales que ya aparecen en el resumen. “*Se destaca la imposibilidad de considerar la medicina tradicional como un conjunto inalterable de saberes y prácticas homogéneo y coherente: en la investigación sobre el terreno, la medicina tradicional aparece completamente incorporada a los escenarios de la vida cotidiana y solo puede ser observada junto a las carencias de la asistencia médica y la precariedad de las condiciones económicas e higiénicas de la población*”, donde como vemos no se puede atender a una realidad que no es homogénea, sino diversa, heterogénea y cambiante, siendo por lo tanto “*el objeto propio o primero de la mirada del antropólogo médico no es un inventario abstracto o un repertorio sistemático y estructurado de creencias y prácticas tradicionales, sino un conjunto heterogéneo, provisorio y cambiante de interpretaciones y acciones puestas en juego por personas para enfrentar el sufrimiento, la enfermedad y el dolor*.”

Da incluso una definición de lo que sería para él la medicina tradicional (p.89).

**Tema 3. El Modelo Médico-Científico**. Génesis histórica. Cambio epistemológico. El monopolio médico sobre la atención a la salud. El cambio en la práctica asistencial: la institucionalización de los procesos asistenciales. El proceso de medicalización de la sociedad. Transformaciones en la concepción del cuerpo.

Nos vamos a centrar en analizar nuestro sistema de salud –el biomédico, alopático, científico, etc. Veremos porqué surge, a través de que procesos se deviene en hegemónico y demás.

En cuanto a la génesis histórica, hay que volver al cambio de modelo hegemónico de la Ilustración, con el fin del monopolio de la religión en el saber, con el fin de lo religioso en favor de la ciencia, donde lo que importa es el hecho físico. Cambio de dogma –pero que no por ello se pasa a una sociedad menos dogmática- a favor del dogma científico.

Una ciencia cuyos objetivos iniciales era justificar la exclusión social. EL evolucionismo como mirada, donde se considera a los saberes diferentes como menores, primitivos, atrasados, interviniendo en estas categorizaciones la raza, el sexo, sexualidad, etc. Lo que antes era explicado en términos religiosos, ahora es explicado en términos científicos, biológicos.

Esto es lo que ocurre en el s. XIX, en Europa y luego se extiende en el resto del mundo. Este modelo se va imponiendo fruto de un proceso histórico lento, no impuesto por decretos o de forma militar, sino que como plantea **Foucault** en “*La vida de los hombres infames*”, se impone procesualmente porque este modelo biomédico era compatible con el modelo de economía política que se impone con el capitalismo, compatible ambos modelos –el biomédico y el capitalismo. Discurso donde se asocia trabajo y salud, convenciendo a la gente de la bondad del trabajo. Proporcionar la constancia de la fuerza de trabajo, la mejora y reproducción de la mejoras de trabajo, es lo que pedía a la biomedicina. Más adelante entronca entonces la biomedicina con la economía porque el cuerpo entre en el mercado, donde en mantenimiento de la salud provoca beneficios para el sistema económico.

Vamos a ver entonces este proceso por el cual el modelo biomédico se va imponiendo, donde al contrario de lo que pasará posteriormente en las colonias, no es una imposición. En el capítulo 4 “*Medicina y colonialismo*” de *Frantz Fanon*, en el libro *Los condenados de la tierra* (1961); Ejemplo en el caso de Argelia de imposición de la biomedicina.

Esta imposición de un determinado modelo no fue fruto del consenso pacífico, sino de la lucha de los modelos que coexistieron. El triunfo histórico de la biomedicina fue anterior que su eficacia terapéutica, donde todavía la cientificidad no estaba de su lado. No es por tanto la eficacia terapéutica la explicación en el triunfo y la imposición de dicho modelo. No había un corpus teórico de conocimiento para afrontar los procesos de enfermedad. Veremos entonces como los terapeutas biomédicos se imponen a otros especialistas en un tiempo donde había una diversidad asistencia médica –médicos, barberos-cirujanos, hospitales entendidos como sitios de hospitalidad por parte de la Iglesia- donde existían diferentes tipos de terapeutas, que además de coexistir, intercambiaban conocimiento, influyéndose en mayor o menor medida, dando lugar a formas sincréticas. Los médicos titulados –hombres que habían estudiado en las universidades- fueron buscando primero el asegurarse el **monopolio** de atención a la salud, excluyendo a los otros terapeutas, donde para ello contaron con el apoyo de las burocracias estatales, ofreciéndoles su oficialidad. También fueron buscando **medicalizar** la sociedad, donde se entiende como un proceso lento por el cual cada vez más ámbitos de la vida social que antes tenían que ver con la moral, la religión, lo domestico….se problematizan y se le dan un significado médico, pasando a ser pensados como problemas médicos que requieren de una intervención médica. Cada vez más ámbitos de la vida social pasan al ámbito de lo médico. El tercer proceso será en la **práctica asistencial**, con una **institucionalización** de dicha asistencia médica, y cambios en el modelo hospitalario. Procesos que están muy relacionados entre sí pero que intentaremos analizar descomponiéndolos.

1. Proceso de **monopolización** de la **práctica** a la salud o de la práctica asistencial

Supuso una *profesionalización del campo del cuidado de la salud*, de la práctica asistencial, con una profesionalización de todo el campo de la salud. Supone una masculinización de la medicina.

Hay todo un proceso histórico que conocemos como la caza de brujas, que empieza en el s. XIV, que fue entre otras cosas, y de forma significativa, un medio por el que los médicos universitarios toman el control del acceso a la salud, ocurriendo mucho antes de la eficacia de su praxis médica. Esta es una idea central, ya que la monopolización ocurre históricamente antes que la comprobación, la eficacia empírica, estuviera de su lado.

Supuso una jerarquización en términos de sexo-género, donde las mujeres son excluidas explícitamente de la profesión, siendo sancionadas. También en términos étnicos dicha jerarquización, donde ya no interesa lo que otros sistemas médicos puedan aportar. Por ultimo una jerarquización en términos de clase social, donde los médicos titulados pertenecen a una determinada clase social, donde los pacientes son considerados como ignorantes, con la idea del *paciente como profano –*ni sabe, ni hay que explicarle. Se impone no desde su eficacia, desde su cientificidad, sino desde su oficialidad –que le vienen de otras ciencias afines, que incorporan a esta nueva disciplina.

Insistiendo en esta tesis por la cual la cientificidad vino después, sabemos que el descenso de la mortalidad a finales del s. XVIII principios del XIX tiene que ver más con los procesos de urbanización y mejoras de higiene que con los avances de la medicina. Los médicos por tanto ganaron la batalla antes de tener los resultados de su lado; ganaban un espacio de poder fundamental, donde controlando dicho espacio asistencial también controla la organización de un gran ámbito social, de la rentabilidad de dicha área, el prestigio social, etc. jugando la medicina en nuestra sociedad un papel fundamental. Esta lucha es una lucha política, ya que la medicina toma decisiones de gran influencia social, siendo la medicina un importante elemento de control/regulación social.

Durante todo este periodo previo, las sanadoras eran fundamentalmente mujeres, y a esas mujeres se las reprime por ese proceso que denominamos *caza de brujas*. Un texto fundamental para entender este proceso es el de “*Brujas, comadronas y enfermeras*” de *Ehrenreich, B.* y *English, D.* (1973), que narra todo este proceso de caza de brujas. Es un proceso histórico que desborda la historia de la medicina, siendo un proceso mucho más amplio, abarcando más de 4 siglos, desde su inicio en Alemania –s XIV- hasta que llega a Inglaterra –s. XVII. El método de las brujas era empírico, donde el proceso de adquisición de conocimiento no era teórico sino práctico, con la experimentación –es la experiencia que va dando ese conocimiento sobre la realidad. “Brujas” que eran sanadoras, no profesionales, siendo campesinas del ámbito rural, que por sus prácticas representaban una amenaza por supuesto para la Iglesia –tanto católica como protestante- y para los incipientes Estados. A nivel cuantitativo las consecuencias fueron impresionantes, donde se cifran en varios millones el número total de víctimas que murieron en la hoguera, donde estas autoras aportan que el 85% eran mujeres, de todo tipo de edades.

Tiene que ver con la represión de herejías, de sublevación campesinas, etc. La caza de bruja fue un procedimiento muy bien organizado, no arbitrario, con un documento básico que regula dichos procedimientos que se titulaba el “*Malleus Maleficarum*” –*Martillo de brujas*- escrito en 1486 por los Inquisidores *Kramer y Sprenger*, dominicos alemanes, bajo el reinado del papa Inocencio VIII –Papa que estuvo muy ocupado y obsesionado con la brujería, gran impulsador de la Inquisición. Fue el documento guía que acusaba a todas estas personas –en su mayoría mujeres- de brujería. Mayoritariamente se acusaba a las mujeres de tres tipos de delitos:

1. Cometer delitos sexuales sobre los hombres –fantasías sexualidades- sancionándose el ejercicio de una sexualidad no controlada y no regulada.
2. Estar organizadas, con organización propia, con lugares de reunión.
3. Se las acusaba de tener poderes mágicos sobre la salud, que si bien podían curar, también podían hacer el mal. Se le acusaba porque su curación de la consideraba maléfica. Se las acusaba también de poseer conocimiento ginecológico.

Esta última acusación es la que más nos interesa para la asignatura, ya que se las acusaba de sanar al prójimo, y sobre todo se acusaban a las comadronas. En el *Malleus Maleficarum* se especifica que las maléficas abundan entre las comadronas y parteras. Represión muy importante ya que eran las únicas al servicio de la población, donde la iglesia poco hacía para solucionar el sufrimiento más allá de rezos y plegarias mediante la oración. La Iglesia no se oponía a que la nobleza se tratara con esos otros médicos –de las protouniversidades- pero si a que la otra población se tratara con esas sanadoras. Está en juego el control de la práctica asistencial por tanto.

La persecución de las sanadoras no era concebida como una persecución contra la medicina –y contra la práctica médica- sino una persecución contra la magia –y de la práctica mágica. Se pensaba que las maléficas ejercían su poder de manos del diablo.

Lo que hay en el fondo es un problema de legitimidad, donde la capacidad curativa de las maléficas provenía del diablo y no de la Iglesias. No podemos olvidar que en esta época no se cuestionaba la existencia del diablo, la idea del bien y el mal, con una presencia constante en la vida cotidiana, siendo la pregunta ¿detrás de quien se esconde el diablo? y no ¿si existía el diablo? *Foucault* en “*La vida de los hombres infames*” recoge muchos documentos y relatos al respecto. “*De las brujas y adivinas*” (1489), donde se le pedía a *Ulrico Molitor* eso que obsesionaba tanto al Papa Inocencio VIII, ¿tras quien se encontraba el diablo? *Johann Weyer*, otro médico y demonólogo público en el s. XVI sobre el diablo y su relación con las mujeres, consideradas débiles.

Frente a todo este estado de opinión las sanadoras eran mujeres empíricas que experimentaban con remedios, con conocimientos trasmitidos de generación en generación, donde de hecho la actual farmacología continua utilizando muchos remedios que ya conocían estas empíricas. El cornezuelo, la belladona, etc. multitud de remedios de la que la farmacología sigue siendo deudora hoy. Creían en la relación causa-efecto, tomando iniciativas en la actuación por la realidad, con lo que era considerado magia en la época no era otra cosa que conocimiento “científico”.

Todo esto pasaba en un momento donde la Iglesia era antiempírica, no creyendo en la experimentación, ni en el mundo de los sentidos, donde si el mundo estaba regido por leyes divinas no había nada que investigar ni que conocer, con lo que la sexualidad, y el empirismo eran recibidos como seria amenaza para la Iglesia.

*Proceso de control de la práctica asistencial*. A partir del s. XIII se empieza a afianzar la medicina como profesión que necesita de un título en la universidad. Profesión universitaria, que excluye a las mujeres, y que por tanto se excluye a las mujeres de la asistencia médica. En este momento era imposible aplicar la sanción efectiva, ya que no había suficientes médicos titulados, con lo que no se pudo prohibir a todas las mujeres el ejercicio de la medicina de la época, pero si ir prohibiendo selectivamente dicho ejercicio. Las primeras sancionadas no fueron las médicas rurales, sino las que ejercían en las ciudades. Un proceso documentado es contra la curandera *Jacoba Félicié*, que vivió en Paris en el s XIV, donde la facultad de medicina de Paris –que había prohibido el acceso a la mujer- acusa a esta curandera del ejercicio ilegal de la medicina; la sancionan y se le advierte con la excomulgación de la Iglesia. Testimonios de pacientes que sirvieron para acusarle, ya que lo que tuvo fue “la osadía de curar” sin haber estado en la Universidad de Medicina –no será hasta 1868 que la Universidad de Paris admita a mujeres.

*Teresa Ortiz* es una autora que ha documentado todos estos procesos, con una recuperación histórica.

En el s. XIII se empieza a sancionar a las mujeres que se atreven a ejercer la medicina sin poseer el título –al cual se les negaba el acceso-, y ya es cuando tras esta persecución selectiva en ciudades se pasa a la caza de brujas en el ámbito rural ya en el s. XIV.

Además de ser una represión selectiva de sanadoras, el médico era el encargado de autorizar al proceso, de dar “cientificidad” a dicho proceso, siendo ellos quienes dictaminaban si era verdad o no lo que decía el *Malleus Maleficarum*, dando autoridad a estos procesos. Vemos por tanto una alianza entre la Iglesia –como poder hegemónico de la época- y la clase médica, los titulados, legitimando la Iglesia el ejercicio de la medicina.

Aunque no las eliminó –del todo-, si las desacreditó y las estigmatizó, tachándolas de supersticiosas y de potencialmente perversas. Pasaron a considerarse como brujas, que si bien podían curar, también podían hacer el mal. Poco a poco va dándose esta desacreditación, con los médicos ocupando los campos de la salud, siendo el último campo ocupado el campo de la obstetricia –atención al parto y postparto, hecho por las “comadronas”; Hasta el s. XVIII estuvieron desempeñando la profesión, hasta que finalmente pasa al campo médico dicho conocimiento.

Pese a todo hubo matronas que se resistieron y siguieron ejerciendo como “*Madame Le Boursier Du Codray*”.

Las autoras *Ehrenreich, B.* y *English, D.* se paran a analizar el proceso en EE. UU., viendo cómo nace la profesión médica allí, siendo interesante su análisis ya que el proceso aunque no fue tan prolongado en el tiempo, pero que su brevedad histórica hace de él un caso paradigmático. Se ven como las resistencias son más fuertes en contraposición al de Europa, que aunque también hubo resistencias, al ser tan dilatado en el tiempo no fue tan impactante, donde las reacciones y contra reacciones fueron mucho más fuertes y sea su caso ejemplificativo en los procesos de imposición y de reacción a dicha imposición. Es lo que se agrupa como “movimiento popular para la salud”, que fue un movimiento organizado que trata de resistirse a ese proceso de monopolización de la salud. Lucha tras imposición, que más tarde se “venció” con una contraofensiva por parte del poder hegemónico. En el s. XIX en Europa ya estaba consolidado, pero en EE.UU. todavía no ya que habían emigrado pocos médicos titulados y había pocas facultades de medicina, además que todavía la profesión y el ejercicio de la salud estaba abierta a todo aquel que probase que tenían eficacia, sin exclusión por sexo, etnia, etc. Existían médicos, blancos, de clase media, jóvenes, más caros en sus servicio, con lo que el hecho de poder acceder a ellos era un signo de distinción social, de estatus. Sus estudios no tenían el prestigio de las universidades de Europa, con lo que los diferenciaba de otro tipo de sanadores/as era de nuevo su legitimidad. Estos médicos se aliaron contra estos incipientes estados, donde ya empezaron a aparecer en1813 leyes en algunos estados que prohibían el ejercicio de la medicina sin una titulación. Al ser tan poco prolongado en el tiempo, prematura, provocó un fuerte movimiento de reacción contra ese intento de prohibición que como hemos visto se denominó *movimiento popular para la salud*. No solo supone un movimiento de resistencia, sino que nace en coalición con los dos movimientos sociales más importantes de la época, el obrero y el feminista. Mejoras en las condiciones de salud, educación sexual, cursos de autoconocimiento del cuerpo de las mujeres, por lo que va de la mano de intereses obreros y feministas. Con el tiempo ambos movimientos incorporan el derecho a la salud biomédica, pero que en un principio se rechazaba esa medicina elitista, universitaria, con una reivindicación de las medicinas populares, tradicionales, de la herbolaria, del uso de las plantas, etc. Este movimiento decimonónico es el que nuevo se va a retomar en los años 60 del s. XX donde no se reivindica una mejora asistencial, sino un tipo diferente de asistencia, al igual que en el movimiento primigenio.

Una de las primeras médicas homeópatas, *Harriet Hunt*, que no pudo entrar en la universidad de Harvard. Llegó a ser profesora de obstetricia en una escuela privada.

Esta masculinización de la profesión, excluyendo a las mujeres de la universidad, se dio tanto en Europa como en EE.UU., aunque siempre hubo pioneras.

*Aletta Jacobs* (1854-1929), fue la primera médica en los Países Bajos, siendo de las primeras médicas en poner diafragmas a las mujeres, donde en la primera década del s. XX era una figura internacional en métodos anticonceptivos.

El movimiento popular para la salud por tanto es importante pues los dos grandes movimientos emancipatorios –la clase obrera, y las mujeres- confluyen en este movimiento, donde no reivindica solo un mayor y mejor atención a la salud, sino que se reivindicaba un tipo de atención diferente, siendo esto último importante ya que sigue siendo hoy una asignatura pendiente. Movimiento pionero en la crítica a algo que sigue estando hoy entre los objetivos a conseguir. Alcanzo su máximo apogeo en los años 40-50. Se empezó a atomizar, creándose multitud de escuelas, y donde esa atomización hizo que los médicos titulados empezaran a organizarse, creando en la Organización Americana de Medicina en 1948, constituyendo en los distintos estados los Colegios médicos, posicionándose en contra de esas escuelas de medicina, del ejercicio de la medicina por parte de mujeres, etc. Esto se produce en una época donde todavía la eficacia médica no va de la mano. Sin embargo empiezan a conseguir la *autoridad legal*, y la *capacidad de regular* la práctica profesional –primeros pasos de la *monopolización de la profesión*.

Cuando ya está de la mano la autoridad legal, es cuando aparece el respaldo científico a su actuación, que viene de la mano el modelo bacteriológico, de la *teoría microbiana* de las enfermedades, dotando a la medicina de un corpus científico. Las universidades americanas empiezan a organizarse según cánones europeos, de una forma más rigurosa, donde muchos médicos viajan a Europa para titularse, especializarse, y regresan. Las universidades potencian la investigación clínica, trabajos de laboratorio, prácticas hospitalarias, estableciendo la carrera de medicina tal como la conocemos hoy.

Las grandes fundaciones privadas, filantrópicas, deciden intervenir en este panorama –la *Fundación Rockefeller* y la *Fundación Carmgie*- que deciden invertir una gran cantidad de dinero en las facultades de medicina. Encargan a principios del s. XX a *Abraham Flexner* un informe que se publica en 1910, donde fue por distintos centros de medicina para poder permitir a estas asociaciones/fundaciones crear un informe de calidad. Dicho informe dejó fuera a la mayor parte de escuelas que permitían mujeres, que impartían terapeutas fuera del modelo biomédico; en el informe se decía “*la medicina es una parte o parcela de la medicina*”, “*no hay problema de patología que no sea de química o biológica*”. Expresa por qué se impone este modelo sobre otros modelos de salud que existían y existieron, no por su eficacia terapéutica, sino por aliarse con los poderes hegemónicos –primero Iglesia y luego el Estado- y también, como indica Foucault, porque es compatible con los intereses de la economía política del Capitalismo.

La biomedicina queda como un tipo de atención, de formación, de especialización, costosa y cara, donde hay que tener un nivel socioeconómico, donde se excluyen a las mujeres y otros tipos social/económico/étnicos, siendo una profesión de clase alta, masculina y blanca.

Entonces nos tenemos que preguntar, ¿Qué pasa ahora con las mujeres dentro del ámbito de la salud? Pues se desautoriza a las comadronas, aunque siempre hubo mujeres que defendieron su espacio, ya que por cuestiones pragmáticas, funcional, eran necesarias, así que siguieron trabajando sobre todo en ámbitos rurales. Todavía el 50% de los niños al principio del s. XX en EE.UU. seguían siendo atendidos por comadronas a domicilio, aunque no obstante se les desautoriza. Se inventa la profesión “enfermera” tal y como la conocemos hoy día, regulada, en el s. XIX dentro de todo este contexto que venimos explicando. Profesión que coloca a las mujeres en el ámbito asistencial, siendo la única vía. La madre de la enfermería moderna –profesión regulada y remunerada- es *Florence Nightingale*, hija de familia inglesa burguesa, aristócrata por matrimonio, donde su figura analiza desde la sociología, es un producto de la clase victoriana de su época, reformadora, y a quien se debe la invención de la profesión. Adquiere gran notoriedad tras la intervención en la guerra de Crimea –donde las enfermeras estaban en el frente curando a los enfermos-, empezando a recibir fondos de distintas fundaciones filantrópicas. Funda la primera escuela de enfermería en Londres 1860, creando la asociación Nightingale, creando también el primer modelo de enfermería, y consigue la profesionalización del campo de la enfermería. No es casualidad que determinadas profesiones aparezcan en esta época, como las maestras y las asistentes sociales. El modelo de Nightingale era una transposición del modelo victoriano de mujer ama de casa y madre al modelo de la enfermería. Mujeres que se les permitía abandonar el ámbito por excelencia que era su hogar, con el objetivo de ayudar a los demás, en el ámbito de la beneficencia y de la asistencia, de la ayuda a los demás.

Trasposición del ámbito doméstico al ámbito profesional: en una trasposición del modelo de la familia, la enfermera ofrecía al médico una obediencia tal y como la mujer se la ofrecía al marido., mientras que en trasposición del modelo de madre, ofrecía cuidados, paciencia, delicada a los pacientes. Una buena enfermera, tal y como una buena mujer en el ámbito doméstico, saber tratar de manera educada al personal subalterno. Por eso se decía que la enfermería era la trasposición de modelo domestico de la mujer victoriana al ámbito profesional.

Incuso cuando esta mujer personifica este modelo, lo hace hasta el punto de que el espíritu de la enfermería entendía que lo eran por “instinto”, como una expresión de sus cualidades naturales –haciendo referencia al modelo epistemológico de la época, natural- de cualidades innatas para el ejercicio de la profesión. Si se es enfermera por instinto, la misma cualidad, naturaleza, que hace de una mujer una buena enfermera, le impide ser médico por “naturaleza”.

Consolidación de una división sociosexual del sistema sanitario, donde este modelo de enfermería responde a un modelo de división sociosexual del trabajo en el campo de la práctica asistencial. Por esta división sociosexual del trabajo las especialistas en enfermería y los especialistas en medicina confluyen, pero de manera jerarquizada, donde el saber de los unos fundamenta el poder sobre las otras. Para esos crecientes médicos titulados, las enfermeras eran muy útiles, donde dichas profesionales no pretendían competir con ellos, sin ninguna doctrina médica, y cuyo fin era atender, el servicio a los demás.

Con la nueva concepción moral de la profesional asume campos la enfermería que la medicina no está dispuesta a asumir, de forma que las enfermeras se hacen necesarias en los hospitales.

*Teresa Ortiz*, en sus estudios de anuncios de consulta de ginecología en la prensa en Granada entre 1895-1899, sobre cómo se anunciaban los médicos y las enfermeras, para analizar los cambios.

Proceso de monopolización de la asistencia, de masculinización, excluyendo a las mujeres del ámbito de la medicina y desplazadas al de la enfermería, jerarquizada y donde sus valores son los modelos de la mujer victoriana.

Como reflexión final: curar, en el sentido amplio del término incluye tanto el diagnóstico –tarea históricamente adjudicada a los médicos- como el cuidado –tarea históricamente adjudicada a las enfermeras. Durante el periodo anterior los sanadores/as asumían ambas facetas, siendo apreciados/as por ellas. Las comadronas tradicionales no se ocupan solo del parto, sino del cuidado del posparto durante al menos un mes, siendo retribuidos en concepto de lo que fuese por ambas facetas. La consolidación del modelo biomédico supone la separación de ambas facetas –diagnóstico y cuidado- con el añadido de que en la curación, debido a la “autoridad y saber científico de quien diagnostica” que pasa a ser del médico, por lo que todo el mérito del cuidado se le atribuye a este, al médico, quien diagnostica. Este es debido a que solo el médico tiene el saber científico, la autoridad científica, y solo a él se le reconoce el mérito de una tarea que implica la intervención de otra faceta, la de los cuidados, que se infravalora, asociado a la enfermería, subordinado y no reconocido.

Esto es lo que explica que la enfermería esté constantemente enfrentado al problema de la profesionalización, de reformular su profesión. Para ello han seguido como estrategia la consecución de cientificidad, de incorporar la conceptualización de la medicina, llevándola al campo de la enfermería, con sus “diagnósticos”. Este proceso de reforzar cada polo por separado, estos esfuerzos por reforzarla son vanos, pues lo que hace es consolidar esa visión fragmentada, donde la división que nació de manera jerárquica sigue presente.

1. Cambio en la atención, en la **práctica asistencial**

Cambio por el cual se institucionalizan los procesos asistenciales. La atención asistencia se traslada de la cabecera del enfermo al hospital. El hospital como institución curativa es nueva, ya que antes no tenían una función curativa, sino benéfica, caritativa. Son un producto de esta época por tanto, donde se encuadran dentro de todos esos procesos de desamortización, de asunción por parte del Estado de nuevas competencias en materia de salud, etc.

Cambio de la asistencia de la cabecera del enfermo al hospital como institución curativa y asistencial, en esta institucionalización.

En el marco de que contextos histórico, políticos, económicos será importante analizar. Es consecuencia de nuevo todas las transformaciones económicas políticas y sociales asociadas al desarrollo del capitalismo y al desarrollo del modelo liberal.

Foucault en “*La vida de los hombres infames*” dice que con todas estas transformaciones era necesario liberar las fuerzas productivas, asegurándose un buen mantenimiento de las fuerzas de trabajo. Toda esa gran masa poblacional –locos, enfermos, huérfanos, etc.-, no clasificada, no productiva, había que clasificarla y reciclarla en caso de que fuera posible o institucionalizarla mediante una serie de nuevas instituciones de rehabilitación, como son los manicomios, y en nuestro caso los hospitales. Junto a este proceso de clasificación y reciclaje de la población, aparecen nuevas políticas destinadas al mismo objetivo: políticas de aumento de la natalidad, políticas de reducción de la mortalidad infantil, políticas de saneamiento de viviendas, de alcantarillado…donde son *políticas de intervención* del Estado para *regular la vida social*.

Se empieza a desamortizar las instituciones que antes estaban en manos de la Iglesia y pasan a manos del Estado. Esos hospitales, orfanatos y demás instituciones que pasan a manos del Estado tienen unas consecuencias muy profundas, ya que la gestión, la carga fiscal se reparte dentro de toda la población, con la consecuencia de introducir la lógica de la eficacia dentro de estas instituciones –cambio de fondo estructural. En la medida que estos centros tienen que ser eficaces, con lo que todavía hoy seguimos viendo –sufriendo- dichos cambios; la condición de persona asistible tiene que tener un límite, no pudiendo abusar de estos servicios, ya que tienen que ser rentables; estas instituciones no asumen los costes de una asistencia ilimitada. Eficacia pragmática, que suspende los síntomas. Esta necesidad de eficacia lo que provoca es que se instaure las terapéuticas que suspendan los síntomas y la recuperación más corta posible en el tiempo. Esto conlleva una contradicción irresoluble, donde la cronicidad, los enfermos crónicos, donde no se sabe qué hacer con ellos, ingresando en los hospitales para sobrepasar las situaciones de gravedad, pero siendo la familia –y más en concreto las mujeres- las que asumen el cuidado de este tipo de personas.

El hospital de la Edad Media no era un lugar de curación ni había sido concebido para ello, sino que era un lugar de “huésped”, donde se ofrecía hospitalidad, y también era un lugar donde la gente iba a morir. Hospicios de asistencia no curativa, sino material y espiritual; no la sanación, sino el ejercicio de la caridad, donde el personal por tanto era caritativo, con una vertiente muy importante que era la asistencia espiritual. En esos hospitales la función médica estaba casi ausente, donde rara vez en su cotidianidad se llamaban médicos a estos hospitales, donde si asistían eran pagados por los patronos de estas instituciones y para lo cual no se llamaban a los más prestigiosos.

En el s. XIX es cuando el Hospital se transforma y si ya pasa a convertirse en un lugar para la curación y lugar de formación de los profesionales médicos –lugar donde se investiga, donde se adquiere experiencia.

A partir de todo este cambio, el médico se convierte en el habitante por excelencia de estas instituciones por excelencia, y *Foucault* analiza come se da este cambio en los reglamentos de dichas instituciones, donde por este cambio se reglamentan toda la visita del médico en el hospital, donde el “ritual” casi religioso, en la visita del médico al paciente, siendo dichos reglamentos muy específicos, con jerarquías de posiciones –médicos, médicos ayudantes, estudiantes, y por último las enfermeras- indicando el lugar de cada uno.

Lugar de producción y reproducción de los conocimientos, donde los hospitales se convierten en un enorme registro de datos. Si hasta el s. XVIII el saber estaba en los tratados de medicina, ahora el saber estaba en los hospitales.

Este nuevo modelo de asistencia en el hospital es un modelo que va a enfacitar la dimensión biológica de la enfermedad frente a las dimensiones socioculturales de la enfermedad. Trata de excluir las dimensiones socioculturales, donde dejará fuera de los hospitales todo lo que tenga que ver con datos socioculturales de los enfermos, dejando fuera cualquier seña que diga algo sobre su identidad social, cultural e incluso personal; tiene por tanto una gran carga simbólica el deshacerse de nuestras vestimentas y ponernos las del hospital, que nos homogeneiza. Aísla a todos los individuos de su entorno sociocultural y personal, situando al individuo en un espacio desde donde se le puede intervenir sin interferencias; ser ahistórico, asocial, que carece de señas de identidad personal, y que está homogeneizado, viéndose al individuo desde su dimensión biológica. El cuerpo es pasivo, donde se pone en disposición de ser curado, de ser “salvado”.

Idea del médico como sagrado, y el paciente como profano. Paciente profana que ingresa en un mundo sagrado del cual es absolutamente desconocedor.

El nuevo hospital sirve para las formas agudas de enfermedad, pero es poco funcional para lo que es la mayor parte de las afecciones de la población, que son las leves y las crónicas. Las enfermedades leves, que pertenecen a la asistencia primaria, luego, de facto, los centros de salud actúan como pequeños hospitales. La atención primaria a la salud al final es la perjudicada por esta lógica.

Además de todo esto, diagnosticar la condición de asistible de una persona es algo que ahora está en manos de los médicos, cuando antes era la red social quien lo decidía, siendo patrimonio de esta red social. Ahora son los profesionales los que dotan al individuo de la condición de asistible.

Hospital que mantiene la filosofía de la inserción-reinserción a corto plazo, que pretende formar una cultura al margen de la sociedad, que permite aislar al individuo de su red social y de su condición de persona pasiva e intervenida.

1. Proceso de **medicalización** de la sociedad

Proceso por el cual pasamos a concebir todo lo que tiene que ver con nuestra salud como un problema médico, pasando la sugestión a los profesionales de la salud. Proceso de expropiación de los saberes y de los conocimientos de la gestión de los procesos básicos de la salud y la enfermedad.

Proceso de medicalización mediante por el cual a un acontecimiento de la vida que durante mucho tiempo estuvo en el ámbito de la moral, de la familia, de lo religioso, etc. se le dota de un significado médico, se problematiza, y pasa a ser algo que se requiere información. Proceso que no se ha desacelerado, sino que sigue creciendo, por lo que cada vez más ámbitos pasan al de la medicina –suicidio, alcoholismo, calvicie- donde se reconceptualizan, pasando a ser abordados de la medicina, medicalizando todo este tipo de malestares, patologizando cada vez más ámbitos de la vida social.

Este proceso de medicalización lo que trata es de acabar de erradicar lo que se conoce como el autocuidado en Antropología de la Salud. El autocuidados es todo ese proceso de gestión de la salud y la enfermedad que no requiere de un especialista. Durante un largo periodo histórico lo que se fue es aculturando esas prácticas, esos saberes colectivos, esos conocimientos de la medicina tradicional –que son colectivos, transmitidos, con una dimensión histórica, con lo que es dinámico y cambiante, y no esencial- con el objeto de hacer del ciudadano un “sujeto” dependiente del Estado –un objeto-. Una de las vías por la que el Estado se hace necesario, se legitima, es ofreciendo protección al ciudadano, al que previamente necesita hacer dependiente, expropiándole sus conocimientos como ya hemos visto. El Estado asume la responsabilidad de la asistencia, haciéndose necesario, garante de la salud, y para lo que necesita una población medicalizada, dependiente.

La mayor parte de los autores que han reflexionado sobre este proceso que el “autocuidado” es un fenómeno estructural, con lo que no es un fenómeno desarraigable, que no se puede expropiar del todo. *Comelles* es de aquí de donde lee ese proceso de automedicación, que para él no es más que un resurgimiento del autocuidado utilizando los remedios farmacológicos, con las herramientas que el proceso de medicalización a puesto a disposición. Comelles dice que es un fenómenos estructural, por lo que tratar de expropiar el autocuidado ha hecho emerger una forma nueva de autocuidado con los medios de la medicalización, por tanto como la automedicación, es una respuesta cultural de las personas aculturadas, y que hay que entender dentro de este contexto de pérdidas de saberes colectivos, de medicalización, etc.

Es también un proceso de forma de control y de regulación social, donde la medicalización patologiza, individualiza, lo que en muchos casos son expresiones encarnadas en los cuerpos de malestares sociales.

El proceso de medicalización haría referencia a dos cuestiones:

1. Cuando una práctica social, que anteriormente –previo al proceso de medicalización- estaba considerada un delito, algo antisocial, como pecado, se redefine como problema médico. Se convierte en el nuevo instrumento de regulación y control social; cuando hay algo problemático se redefine, se patologiza.
2. Cuando un acto de la vida cotidiana es redefinido como un problema médico, y que por tanto requiere de intervención –el embarazo, la calvicie, el alcoholismo.

Para que la medicalización pueda ser operativa, aquello que se quiera medicalizar, aquella conducta que se quiera tratar, a ser posible tiene que poder dividirse en un aspecto “bueno” o sano, y en otro “malo” o insano, y además relacionarlo con algún nivel biológico del cuerpo sobre el que se pueda intervenir. Ser capaz de relacionar conductas con normas del funcionamiento biológico, e idealmente, demostrar que se pueda intervenir sobre ellas para reconducirlas hacia el lado bueno, además de que sea demostrable científicamente.

El problema principal de la medicalización es que biologiza, naturaliza, cualquier problema o cuestión a la que nos estemos refiriendo, y por tanto oscurece, vela, las causas –multicausales- socioculturales que puedan estar afectando a dicho problema. Agravante además de que acaba problematizando a una persona en concreto, con lo que esa conducta medicalizada se convierte en el *problema de un individuo concreto*. Patologizamos e individualizamos, ahorrándonos la reflexión sobre las relaciones sociales en los motivos, en la genealogía, de una enfermedad. Cada vez más ámbitos de la vida social se van medicalizando.

Como vimos, también trata de erradicar el autocuidado –proceso de atención a la salud y enfermedad que no requiere de un especialista-, apropiándose de este.

*Ivan Illich* denominó **iatrogenia** –en su libro “*Némesis médica*”- a las consecuencias negativas de la “medicalización” –en cuanto a ingesta de la farmacología- en la sociedad.

En cuanto al proceso histórico, la medicina tuvo que ir ocupando el campo de los conocimientos tradicionales, compartidos, etc. Un elemento muy importante fue a partir del s. XVIII la publicación de libros de divulgación que aconsejan a la población sobre temas cotidianos –embarazo, cuidado de hijos, etc.-, criticando los usos y remedios tradicionales, y es por esto que el proceso de medicalización se da antes en zonas urbanas que en el campo, tanto por la analfabetización del campo, como por la facilidad de difusión en las ciudades. Ejemplos de estos consejos lo vemos en “*Por su propio bien, 150 años de consejos a las mujeres*” de *E. Hrenreich* y *E. English.*

Es en las ciudades donde antes se inicia y se completa el proceso de medicalización. El proceso en ámbitos rurales es más costoso y difícil, ya que en las sociedades campesinas la medicalización chocaba contra las estrategias estructurales de reproducción de los grupos domésticos, como por ejemplo la transmisión del patrimonio. Donde antes intervenía la religión ahora interviene la medicina. Hubo que conocer mejor cómo eran esas estrategias para poderlas aculturar, con lo que favoreció lo que se denominó el llamado folclore médico, donde los médicos se interesan por conocer los saberes tradicionales con el objetivo de intervenir sobre ellos.

Este proceso se va desarrollando a lo largo del s. XIX –en un contexto europeo, específicamente Francia, Inglaterra, Alemania- y ya en el s. XX hay un cambio fundamental que expresa este triunfo de la medicalización, en donde ya no solo interviene la medicina a demanda del enfermos, sino al margen, con independencia de la voluntad del individuo. La medicina supera su campo de actuación, siendo lo que *Foucault* llama el **poder autoritario** de la medicina.

Un caso de parricidio que *Foucault* rescata; es el caso de *Pierre Riviere*, quien mata a sus hermanos y a su madre. Lo encarcelan, y una vez en la cárcel relata las razones del porqué, y del cómo, con lo que causaron un gran debate entre médicos, juristas, y sobre la sociedad en general en un momento donde se estaba “creando” el concepto de locura tal y como lo conocemos hoy día. *Foucault* rescata esta historia en un libro no traducido (1973) “*Yo Pierre Riviere, habiendo matado a mi madre a mi hermana y a mi hermano (un caso de parricidio)*”, donde discute sobre todos esos mecanismos por los cuales la sociedad pasa a determinar quién está loco; a través de qué argumentos los médicos de la época determinaron la locura en este individuo, del poder autoritario, que exceden el campo tradicional de la medicina, donde actúa con independencia de la voluntad del individuo, y donde además interviene sobre un conjunto de fenómenos que tampoco son propiamente enfermedades –prácticas sexuales, parto, embarazo- ampliando su campo de actuación.

Ahora veremos ejemplos de la medicalización de las praxis domésticas, donde a partir del s. XVIII aparece mucha literatura que se preocupa por la higiene, por la crianza y educación de los hijos, donde retomando la idea de que la biomedicina se ajusta al modelo capitalista es que dicha medicalización se una a la necesidad de asegurarse las fuerzas de trabajo. Se empieza a institucionalizar los hospicios, las prácticas asistencias, que pasan a manos del Estado, donde se preocupan de que sea “rentable” en cuanto a que estos sujetos luego reporten a la sociedad como fuerza de trabajo.

En cuanto a los sectores burgueses de la población que tenían las nodrizas, los servicios domésticos, se empieza a intervenir, medicalizando, tratando de naturalizar la crianza, y donde los médicos critican la crianza “artificial” mediante nodrizas. El espacio domestico pasa a ser un espacio de intervención social, donde los médicos promulgan la necesidad e importancia de ciertos comportamientos que se naturalizan, como la insistencia de la lactancia materna, pero que si los factores laborales lo requieren se hace menos énfasis, como por ejemplo en la lactancia, donde no es que se desaconseje, sino que se deja de promocionar en esos momentos de necesidad laboral. Se promueve esa idea de la “familia invernadero”, sobre el que intervenir. Importancia de crear un espacio específico para los niños, donde se está creando la idea de la sociedad liberal, donde el individuo es la idea fundamental, con un cambio total del modelo familiar; paso de la familia extensa a una familia nuclear.

Interesante ver como estos libros translimiten tanto conocimientos, saberes, doctrinas, como consejos. Más adelante cambia el tono de estos libros, volviéndose más imperativos, centrándose en los consejos y no transmitiendo conocimientos.

Al mismo tiempo, dirigido a los sectores más bajos, se insiste en frenar el abandono de los hijos, el vagabundeo, donde a las clases trabajadoras se las impelan a que se controlen, desaconsejándose el abandono. También se les critica que no se casen, que no sean monógamos, tratándose de transmitir, de imponer, el modelo burgués de familiar nuclear monógama, como célula básica de la sociedad, donde la medicina está al servicio de este nuevo modelo hegemónico.

El otro campo medicalizado es el ámbito de la sexualidad. La medicina empieza a interesarse sobre el s. XVIII por la sexualidad. En un principio, este patrimonio que era de la Iglesia, pasa a la medicina, donde se fijan en los flujos corporales, y de su “mal uso”, ya que para ello hay definido un “buen uso”. Luego pasan a interesarse por los comportamientos en las prácticas sexuales, donde aparecen las consideraciones sobre las “buenas” y las “malas” prácticas, aconsejando, adoctrinando, indicando como debe ser: sexualidad heterosexual. Sexualidad como cuestión pública, donde la ciencia que pasa a definir lo que es o no bueno, medicalizando este ámbito es el psicoanálisis. Conductas sanas y conductas enfermas, donde en el texto de *Rubin* “*Reflexionando sobre el sexo: Notas para una teoría radical de la sexualidad*” donde se catalogan algunas prácticas como enfermedades. Aparecen estudios relacionando comportamientos sexuales con aspectos biológicos. En este modelo no hay lugar para entender este tipo de prácticas, aspectos y demás se vean desde consecuencias socioculturales, sino biológicas, debido a la medicalización. Modelo que deja fuera todo lo que tiene que ver con la construcción social de la sexualidad, donde los significados son variables, cambiantes, dinámicos.

La medicalización está implicando un *control sobre los cuerpos*, donde la medicina se inserta en los cuerpos; cuerpo biologizado o naturalizado. Proceso profundamente estructural, donde lo que significa esta medicalización es un control del cuerpo, sobre el cuerpo. *Foucault* en su obra “*Vigilar y castigar*”, donde habla de la autodisciplina, con ese *disciplinamiento de los cuerpos* para esta sociedad.

Las desigualdades sociales se justifican en el cuerpo, inscritas las desigualdades en el cuerpo, y donde la medicina hace de traductora social de lo biológico, dotando de contenido a lo biológico. El cuerpo que más se biologiza, que más se patologiza, es el cuerpo mujer, donde todo lo que tiene que ver con el proceso vital de la mujer está patologizado y requiere de atención médica; la menstruación es vivada como una afección médica, crónica, donde el parto es visto como un acontecimiento quirúrgico, la menopausia es vista como una enfermedad –desde los años 70 es entendida como una enfermedad debida a un déficit estrogenito que se asocia a decaimiento, pérdida de valor social, etc.- y que tiene mucho que ver con los valores que la sociedad asocia, biologizándolos.

Dentro del proceso de medicalización, el cuerpo de las mujeres en general, y el ciclo reproductivo en particular, usado para legitimar las desigualdades sociales a través de la medicina. En este contexto se justifica las desigualdades sexo-genéricas, étnicas, socioeconómicas, y se justifican inscribiéndolas en el cuerpo. Las diferencias ya no son por precepto divino, sino por leyes naturales, biológicas. Empieza a consolidarse el *modelo dos sexos* –superando el modelo unisexo galénico- como vimos con Th. Laqueur, con lo que se empiezan a sexuar los cuerpos humanos. En la medicalización del cuerpo de las mujeres fue inicialmente el *útero* el órgano fundamental que marcó la diferencia, con un interés médico-científico en él como marcador biológico de dicha diferencia.

A medida que avanza la sexuación del cuerpo va más allá del útero, consolidándose tanto en lo físico como en lo mental, donde la medicina justifica ese nuevo orden social, ese modelo de familia monógama nuclear patriarcal, biologizando esos ideales de masculinidad y feminidad. *T. Ortiz* analizó como se representaban los esqueletos, observando como a partir del s. XVIII se empiezan a sexuar los esqueletos, donde el de las mujeres tenían pelvis grandes, pies pequeños, cabeza pequeña, y por el contrario el de los hombres evocaban la fuerza, la agilidad, encarnando los ideales sexo-género de la época. ***Vemos como la cultura se inscribe en el cuerpo, llenando la biología de significados sociales***. En este proceso la medicina traduce y expresa dichos significados sociales.

La contraparte es que podemos resignificar nuestro cuerpo de manera más satisfactoria, menos limitante. Podríamos plantearnos si la forma tan dolorosa de vivir nuestro ciclo vital reproductivo puede tener algo que ver con nuestra cultura, con “el dolor del parto” en Eva, mientras que en otros lugares el parto no tiene porqué ser algo doloroso, constatándose mediante datos etnográficos.

Es un proceso *in crescendo*, donde ya está muy señalado desde muy distintas ciencias, siendo un ejemplo la medicalización de la tristeza, donde Luis Rojas Marcos dijo que “*tiende a ser una en las sociedades occidentales una patología […] aumento de las enfermedades mentales […] no debemos patologizar la* infelicidad”. Las mujeres doblan el número de depresiones, según datos del colegio oficial de psicología.

El **biopoder** –en términos de *Foucault*-, con los efectos que sobre la naturaleza tiene los efectos de esta medicalización. Ya *Ivan Illich* habló de uno de las consecuencias, que es la **iatrogenia**. *Joan-Ramón Laporte*, jefe de servicio de farmacología, en una entrevista, habla de ello. En esta entrevista se habla sobre la mercantilización en este proceso de medicalización, a través de una voz conocedora de dicho proceso. Un agente fundamental de todo este proceso son las industrias farmacéuticas. También vemos un artículo de El País “La inyección farmacéutica”, y un documental de Jordi Evole en “*Salvados*” llamado *“¿Sobremedicados?*”.

**Tema 4. Salud y sociedad**. La enfermedad como metáfora de lo social. Enfermedad, control social y estigmatización. Enfermedad mental y cultura.

En este tema veremos un **texto** de Leví-Strauss, “*La eficacia simbólica*”. Si la enfermedad está articulada con el resto de relaciones sociales, y están atravesadas por eficacias simbólicas, podemos abordarlas como metáforas de lo social; debemos analizar los procesos de salud y enfermedad como forma metáfora lo social, convirtiéndose en una forma de hablar de lo social. Esto hace que nos interesemos por la genealogía de las enfermedades; veremos cómo surgió la tuberculosis, el sida, etc. y como se asocian una serie de imaginarios. “*La enfermedad tiene al paradoja de ser al mismo tiempo lo más individual y lo más social*”, según en palabras de M. Auge, donde “*pensar en enfermedad es hacer referencia a los otros –a lo social*.”

La dimensión simbólica de la enfermedad. La enfermedad se coinvierte en un campo donde delegan significados que nada tienen que ver con la enfermedad. Veremos lo recurrente que es el lenguaje de la enfermedad para referirnos en nuestra vida cotidiana.

Hay un ensayo pequeñito, excepcional, que es el texto de ***S. Sontag*** –ensayista y escritora estadounidense- “*La enfermedad y su metáforas*” (1978), donde se refiere en concreto a los casos de la tuberculosis y el cáncer; más tarde (1981) en “*El sida y sus metáforas*”, publicados en un mismo libro que se denomina como el primer libro. En esta obra “*no pretendo analizar la enfermedad en sí, sino el uso metafórico que se hace de la enfermedad*”, donde le interesa analizar las *fantasías punitivas* en torno a la enfermedad. No es la enfermedad en sí, sino todo el conjunto de significados que se asocian a la enfermedad, donde *Sontag* experimentó el sufrimiento, la vergüenza, etc. por padecer cáncer. Señala algo, que entendiéndolo en su contexto, apuntaba hacia un aspecto caracterológico, a una explicación psicologicista, de predisposición a padecer cáncer, culpabilizando a los propios pacientes.

Desde la antropología lo que tenemos que ver en este planteamiento, es que problemático, donde Sontag aboga por una des-significación, entendiéndola solamente como una patología, cuando sabemos que tiene una estructura multidimensional –illness, sickness y desease. Ella quiere desterrar las *metáforas punitivas*, y en especial las metáforas militares. En el fondo lo que quiere es privar de significados a la enfermedad, convencida de lo pernicioso de los significados que tienen asociados, cuando esto nos acercaría a una concepción biomédica de la enfermedad, obviando la illness y la sickness.

Sontag aporta otro dato, donde constata que aquellas enfermedades más cargadas de metáforas punitivas son las enfermedades que ella denomina como “misteriosas”, las que la biomedicina desconoce. En la era de la tecnología, donde se cree en la omnipotencia de la ciencia, aquellas enfermedades que no tienen respuesta son por tanto las que más relacionadas con metáforas punitivas están. Las *enfermedades misteriosas* dan miedo, haciendo que por extensión se hagan contagiosas. Esto provoca que algunos pacientes oculten su enfermedad, o que médicos intenten ocultarles a los pacientes el verdadero diagnóstico, así evitando venirse abajo cuando se diagnostican este tipo de enfermedades.

Las representaciones asociadas a fenómenos patológicas que llevan implícita una manera de pensar el cuerpo, como funciona –órganos, genética- que llevan o no a metáforas punitivas o no, en la dimensión simbólica de la enfermedad.

En esta toma de conciencias de pensar la enfermedad, *Sontag* hace unas reflexiones ensayistas de las formas de pensar y su evolución en torno a ciertas enfermedades.

En el ejemplo de la tuberculosis, donde las metáforas son heredadas por el cáncer, veremos primero las metáforas de la tuberculosis. Esta es pensada como una enfermedad de contrastes extremos, espasmódicas; frente a esto, el cáncer es más bien visto como una enfermedad continuada e inexorable. Otra de las formas de pensar el cáncer es la idea de que la tuberculosis vuelve transparente al cuerpo, visibilizándolo, mientras que el cáncer es invisible. En esta idea de transparencia, la tuberculosis es pensada como una enfermedad que desmaterializa, que desintegra el cuerpo; una enfermedad de aire, de fluidos –de ahí la idea de los sanatorios al aire libre. El cáncer es expresado como una enfermedad de rigidez, de dureza. La tuberculosis era vivida como una enfermedad del tiempo, que hacía que la vida pasase más deprisa y que exaltaba los sentidos –“tienes un oídos de tísica” refrán que hacía referencia a esta exaltación de sentidos, como en este caso del oído- donde se pesaba al enfermo de tuberculosis como más espiritual; frente a esta idea de espiritualización, el cáncer es más bien pensado como una enfermedad del espacio, que se va extendiendo de una forma imparable, difundiéndose por el cuerpo. Mientras que para la tuberculosis se recomendaba un cambio de aires, para el cáncer no. Por las mismas razones, mientras que la muerte de la tuberculosis se piensa como una muerte indolora, el cáncer se piensa como una muerte dolorosa; en este sentido, en estas metáforas, hay que llamar la atención sobre la jerarquía de los órganos, donde todas las metáforas están muy asociadas al tipo de órganos que afectan y sobre dicha jerarquización de estos –ya *Th. Laqueur* habla de los “*órganos superiores*” y los “*órganos inferiores*”, que tienen que ver con una determinada tradición cultural- por lo que los mitos que rodean a las enfermedades tienen que ver con las concepciones de los órganos –tradición judeocristiana- donde en el caso de la tuberculosis, que afecta a los pulmones, está asociado al alma, a lo espiritual. El cáncer, asociado a “órganos inferiores” –hígado, colon, próstata, mamas, etc.- en esta manera de representar y de significar el cuerpo, que se materializa en la concepción de dichas enfermedades. El cáncer se asociaba a personas con caracteres inhibidos, con pasiones reprimidas, con deficiencia de pasión –al contrario que la tuberculosis.

Tanto en un como en otro se está delegando la responsabilidad en el paciente. Aquí Sontag se muestra muy preocupada, pues al asociar caracteres psicológicos, a la vez que se expresa lo poco que se conoce sobre dichas enfermedades –que a medida que se va avanzando en el conocimiento se van disolviendo las metáforas-, están culpabilizando a la gente, entendiendo que “la gente enferma porque quiere”, recayendo la superación de dichas enfermedades en los propios pacientes. La propuesta de Sontag de des-significar como hemos dicho se asocia a propuestas biologicistas, con lo que nos quedamos con su análisis pero no con su conclusión. Su asunción de la dicotomía cuerpo-mente no es correcta, pero lo que hay que entender es lo que dice y donde lo dice; contexto –finales de los años 70 en EE.UU.- donde las explicaciones psicologicista estaban sirviendo para ocultar desigualdades sociales.

*Angela Davis*, aparte de una importante activista en el movimiento de liberación de las personas negras, trabaja mucho en las relaciones entre clase-género-razas, donde habla de *ra*c*ismo internalizado* con respecto a los problemas de salud mental. Este caso nos sirve para constatar como las enfermedades mentales afectan en mayor medida a personas negras, en una sociedad fuertemente racializada. Estas explicaciones psicologicistas lo que hace en este contexto es culpabilizar al sujeto. Se acaban sintiendo que las barreras tienen que ver con dificultades personales, que extrapolado al caso de la enfermedad y Sontag, explica esa propuesta suya. Cada vez más se están produciendo textos y reflexiones sobre “precariedad internalizada” y de los efectos que están sufriendo en la salud los procesos de exclusión social, y los efectos de la precarización –no solo económica, sino vital- y de la exclusión social en un modelo que traslada toda la responsabilidad a los individuos. Riesgos del modelo post-fordistas que trasladan la responsabilidad a los individuos; efectos de un sistema desigualitario. El modelo post-fordista está teniendo consecuencias en la conformación de los procesos de salud y enfermedad en los individuos.

Hay que advertir contra las explicaciones unidimensionales. La funcionalidad de la *new age* por ejemplo es afín al liberalismo, con una funcionalidad en cuanto a la preocupación individual.

Efectos placebos/nocevos de las fantasías punitivas, aunque vemos un sesgo biomédico, siendo su propuesta no correcta con la des-significación. Para explicar esa deriva biologicistas hemos visto el contexto y las influencias de las teorías psicologicistas. Como efecto nocevo de esas explicaciones. El racismo internalizado nos sirve para entender esta precarización, exclusión, internalizada del modelo post-fordista.

Frente a estas explicaciones psicologicistas y caracterológicas veremos un ejemplo de abordar esta cuestión de racismo y enfermedad mental. Una manera sociológica, desde una lógica social, de abordar este tipo de cuestiones. “*Ser negro en Gran Bretaña es malo para la salud mental*”, de Kwame McKenzie (revista digital *sinpermiso*). Es un enfoque desde la sickness. En la fase “*lo que se evidencia es que no se trata tan solo de emigración o de ser negro, se trata de ser negro en un país blanco*”. Hace hincapié en la necesidad de una salud preventiva, entre otras cosas porque sale más rentable desde la lógica del Estado. Medicalización es patologizar lo que es fruto de una expresión social, siendo en este caso la desigualdad social la que se patologiza. La idea de una salud preventiva, con ideas tales como la contaminación, vida saludable, corresponde a un enfoque biomédico.

Según Sontag el sida es una de las enfermedades más cargadas metafóricamente. El sida es pensada también como una enfermedad inexorable, pero si el cáncer avanzaba en el espacio a través del cuerpo, el sida es pensada como una enfermedad inexorable que avanza en el tiempo, aunque en amabas existe este componente. El pensar el sida como una enfermedad inexorable tiene como consecuencias como la de que aunque cada vez aumente más el tiempo entre la aparición del virus y la sintomatología, a pesar de dicha evidencia, se sigue teniendo la idea de inexorabilidad. Esta idea de imposibilidad de estar infectado sin estar enfermo se parece más a la idea de mácula, de macha, siendo incapaces de pensar estar infectado y sano. Además de las consecuencias nocivas personales, también tiene consecuencias sociales. La enfermedad hace brotar una circunstancia, la vía de contagio, que de otra manera podría haber quedado oculta o en el ámbito de manejo y gestión del individuo.

J. Weeks en este sentido decía que una de las vías de contagias sea la sexual, “la sexualidad es un caldo fértil para la moralidad”. La sexualidad es un campo que mueve sentimientos colectivos muy potentes, por eso es propicio para pánicos, para miedos, donde en ocasiones los “escándalos sexuales” se crean en momentos de fuerte conflictividad, siendo una manera de desviar las atenciones colectivas. Además cuando una enfermedad como el caso del sida se asocia con un colectivo objeto de discriminación o exclusión social, dicha enfermedad se convierte en un estigma de dicho colectivo. En esta relación es interesante analizar la *enfermedad como estigma*. Ya Sontag decía que “se teme más al cáncer que a un infarto de corazón” donde hay enfermedades que estigmatizan. En este caso recordamos la **teoría del estigma** de *E. Goffman*, donde los estudios los realizó a partir de datos de hospitales psiquiátricos británicos en los años 70. La define como la identificación que se crea sobre una persona/grupo de personas a través de rasgos físicos, conductuales, sociales, que se perciben como divergentes, diferentes, y que a partir de ese rasgo se descalifica al grupo en cuestión. La mayor parte de los estudios sobre estigmas se han orientado en esta línea goffmaniana. El estigma en términos de atributos y contenidos.

Más recientemente se plantea la necesidad de estudiar el estigma no solo en términos estáticos sino dinámicos, analizándolo en las relaciones sociales, donde es un proceso cambiante al que se puede ofrecer resistencia, y que tenemos que articular dicho estigma con los sistemas de desigualdades sociales en los que se genera. Las desigualdades sociales no solo hacen que se predisponga a una mayor vulnerabilidad patológica, sino que condicionan también que personas van a ser más proclives un estigma, en este caso por enfermedad. Por ejemplo una persona negra con sida va a tener más posibilidades de estar estigmatizado en una sociedad racista que en una que no lo sea, o una mujer con sida será más estigmatizada en una sociedad sexista, que en una que no. Articular el estigma en un sistema de desigualdades sociales por tanto.

El estigma del sida no va a afectar a todas las personas por igual, sino dependiendo de la posición en el sistema de desigualdades sociales, y viceversa, las desigualdades sociales no solo van a provocar una mayor o menor vulnerabilidad patogénica, sino también una mayor o menor predisposición al estigma del sida. El sida estigmatiza en todos los casos, pero no de la misma manera. Como ejemplos de utilización del estigma del sida es el de contextos de políticas migratorias restrictivas, donde a nivel de datos vemos como en el año 93 en la base de Guantánamo fueron retenidos refugiados haitianos bajo la sospecha de que eran portadores de sida. Esto tiene que ver porque cuando surge la alarma del sida en los EE.UU. en los años 80, uno de los grupos estigmatizados fueron los haitianos. Otro ejemplo es el de la gripe “fajita” (2006), estigmatizando a un colectivo en base a una enfermedad con intereses políticos, como era el de la reforma de leyes de inmigración.

A finales de los años 70 es cuando se empieza a estudiar el sida, atribuido como un mal de homosexuales. En el año 83 fue en la prensa, el Times, apareció por primera vez bajo el título “Sida, el cáncer gay”, atribuyéndole toda la carga metafórica. Se hablaba de “peste gay” –algo que viene de fuera, siendo otros quienes la traen- donde además de a los homosexuales se identifica a los drogadictos intravenosos, los hemofílicos y los emigrantes haitianos –las 4 haches. Cuando se declara la epidemia del sida en los EE.UU., Sontag nos habla de cómo en ese contexto aparecen una serie de prácticas de “descontaminación”, de miedos a la contaminación, con la homofobia y el racismo más tarde, con la xenofobia.

En el libro de *Alberto Cardín* y *Armand de Fluviá* “*S.I.D.A. ¿maldición bíblica o enfermedad letal?*” se recogen relatos, noticias y demás textos que recogen lo anteriormente visto.

Usos homófonos, xenófobos, puritanos, religiosos, etc. del sida por parte de sectores, instituciones, etc. como los conservadores, la Iglesia u otras. Usos con intereses políticos, religiosos e incluso económicos; instrumentalización del sida.

No es casualidad en esa dimensión metafórica que se hable del sida como peste –que procede del exterior- de cáncer –autoculpabilización de malas prácticas sexuales. Es muy frecuente identificar el problema como algo que procede de los otros –en el caso del ébola lo hemos comprobado con África como supuesto portador- y que incluso dentro de los contextos donde se presupone desde los discursos hegemónicos que han surgido dicha enfermedad ocurre esto.

La metáfora asociada a la enfermedad no es casual, sino que tiene un anclaje directo en las relaciones sociales, con lo que tendremos que pensar cuales son los conjunto de relaciones sociales donde se significan y resignifican las enfermedades.

La capacidad metafórica de la enfermedad hace que se utilice la enfermedad para reflexionar sobre el mundo, sobre cosas que en sentido estricto no tiene que ver con la propia enfermedad. En general para reflexionar en términos morales. En una novela de Thomas Mann, autor de la novela “Muerte en Venecia”, “La montaña mágica”, que fue premio nobel de literatura a principios de s. XX. Es considerada como el gran almacén de mitos médicos, de metáforas en torno a la enfermedad. Lo que hace Th. Mann es utilizar la enfermedad para hablar del periodo entre guerras, donde a través de las metáforas médicas habla de los momentos ideológicos y políticos que estaba viviendo; transcurre en Davos –con uno de los más famosos balnearios de tuberculosis- y donde una de las veces que acompañó a su mujer, reflexiona sobre multitud de cuestiones. La montaña mágica, que trascurre en un balneario, no es casualidad que Mann utilice la tuberculosis, que fue la principal enfermedad que actuaba como metáfora hasta que es sustituida por el cáncer. Utilizando la enfermedad como vehículo, con toda la historia de los personajes, nos habla de la decadencia de la burguesía, de la concepción de la muerte desde la burguesía, de los conflictos ideológicos de la época. Al mismo tiempo refleja las principales metáforas que se le asocian a la enfermedad en esa época –enfermedad como líquido, que vuelve transparente, que espiritualiza, etc.

**Estigma y enfermedad**

Ahora vamos a ver la relación entre enfermedad y estigma –en el sentido que lo utiliza Goffmann- de manera diacrónica, articulado con las relaciones sociales. La capacidad metafórica de la enfermedad, donde hace que determinadas enfermedades que se asocian a algún grupo de excluidos se convierte en estigmas. Es inevitable hablar de enfermedades mentales y estigma, ya que las enfermedades mentales es una de las que hoy día, a pesar de las recomendaciones de la ONU, es la que más estigmatiza en nuestra sociedad, sobre todo las enfermedades mentales graves.

Recordamos para esto dos premisas previas; recordar las relaciones que existen entre desigualdad social y el estigma, como el racismo internalizado de A. Davis, donde la enfermedad mental está profundamente anclada en el sistema de desigualdad social. Para ello vemos un video “*Relación entre la crisis y el trastorno mental*” con *Manuel Gómez Beneyto*.

* Aumento de las demandas de atención en los médicos de familia debido a trastornos mentales. Trastorno mentales de situaciones psicológicas de malestar intenso que llegan a interferir con la vida cotidiana. No se puede resolver por uno mismo, donde necesita una ayuda profesional.
* Los trastornos mentales comunes han aumentado muy significativamente en atención primaria, pero no parece que haya aumentado el número real. El impacto de la crisis ha sido por tanto el agravar lo existente.
* En la desigualdad económica-social. Incrementa otros aspectos penosos como los suicidios, homicidios, etc. donde esta desigualdad que va en aumento. El grado de desigualdad va derivado según algunos factores: la mercantilización aumenta la brecha entre los que tienen mucho y los que tienen poco. La actitud elitista y el desprecio de las minorías más débiles, con la estigmatización y la exclusión, en el mismo camino. El fuerte tejido social que hay en nuestra sociedad, el tejido familiar de apoyo mutuo, las instituciones fuertes como el Estado de bienestar, frenan esta desigualdad. Del equilibrio de fuerzas de estos dos vectores dependerá nuestro futuro.
* Las estadísticas del INE dicen que se mantiene igual el número de suicidios, homicidios, etc. Si hay relación entre la crisis y el suicidio, aunque no son muchos los casos. Perder el hogar, que da identidad, supone un duelo, donde se dan la rabia, la culpabilizarían, y demás donde algunos no pueden superarlo y si no se da el suicidio, si la muerte social.
* El sistema de atención de los trastornos mentales en España. Dotados de profesionales muy competentes pero infradotados de recursos materiales y humanos. El sistema es incapaz, insuficiente, de abordar los crecientes problemas derivados de esta situación. Además está siendo sometido a recortes, zarandeados, con lo que no puede satisfacer a la demanda social.
* La salud mental de la población es muy sensible a la justicia social. El tener un compromiso activo de la salud mental y a favor de la justicia social, de reciprocidad, de apoyo mutuo, ayudará a mantener el equilibrio. El discurso psiquiátrico está muy enraizado a la ética y a la política.

Aquí vemos la relación entre salud mental y justicia social –desigualdad social. Esta es la primera premisa que tenemos que recordad.

La segunda premisa a retomar es la de la relatividad de la dicotomía enfermedad mental/salud mental, que no solo tiene que ver con factores transculturales, sino que también las fronteras son frágiles desde un punto de vista psicofisiológicos, desde un punto de vista de la configuración de nuestra propia concepción como seres humanos. En el ***video*** “*Una visión diferente en la salud mental*”, con *Jorge L. Tizón*.

* El uso de drogas facilita el falto de la barrera entre discernir la realidad de las alucinaciones, provocando que un 80% de quienes padecen psicosis han consumido drogas.
* Los grupos, los amigos, ayudan a uno a controlar los delirios, a delimitar la realidad.
* La perspectiva categórica vs. la perspectiva dimensional. La segunda es quien es más relativa, entendiendo las enfermedades como un continuum. Viene del psicoanálisis; deriva en considerar como una línea continua la salud mental y la enfermedad mental.
* En cuanto a la psicosis se hablaba como un hecho que aparecía en un momento concreto. Hoy día no es así, o por lo menos se demuestra que no es así. Todos tenemos alguna situación psicótica, o delirios incluso.

La relatividad de la frontera entre salud y enfermedad mental es crucial a la hora de acercarse a las personas catalogadas como “enfermas mentales”. Tenemos que partir de la base de que las personas con enfermedades mentales graves están muy estigmatizadas, por lo que es el estigma y no la enfermedad la causa mayor de su padecimiento. Existe un estigma sobre estas personas –fuerte principal de sus problemas- habiendo un acuerdo generalizado en la mayoría de los expertos de esta campo donde el grado mayor o menor de los estigmas es de los más importantes a la hora de predecir la mayor o menor recuperación de dichas personas. Problemas de cronicidad derivados de los estigmas, siendo una de las variables fundamentales, hasta el punto que en el año 2005 la UE y la OMS a la hora de plantear estrategias de salud, han planteado la erradicación del estigma como una de las mayores prioridades.

El estigma es a nivel societario, institucional, familiar, pasando por los medios de comunicación de masas –cine, televisión, literatura- con una serie de representaciones que se dan, asociadas a unos comportamientos, valores, etc. Es fácil por esta razón que se llegue a asumir los estereotipos asociados, estigmatizantes, que depositamos sobre estos colectivos –agresividad, peligrosidad.

Como la etiquetación tiene un efecto nocevo de empeoramiento, en un fenómeno procesual que forma parte del proceso de vida humana. Profecías autocumplidas, donde los estigmas forman las barreras más importantes para la recuperación. Estigmas muy presentes en todos los niveles asociados a los “locos y a las locas”.

Uno de los significados más asociados es el de personas “violentas y agresivas”, sin embargo las estadísticas no nos dicen nada en esta dirección. Sin embargo, como siempre pasa con los colectivos estigmatizados, se señalan los crímenes estigmatizando aún más a dicho colectivo.

Frente a este estereotipo, vemos como son más víctimas que agresores, donde en escasas ocasiones llegan a ser violentos, mientras que por el contrario son víctimas de las burlas, de los escarnios, de las chanzas de los otros. Cuando decimos que una persona está loca decimos que no está viviendo en la realidad; realidad convenida socialmente, pautada, donde aparece aquello a lo que hacía referencia Tizón como realidad que se construye socialmente. Cuando una persona presenta una actitud que no concuerda, se le cataloga como loco.

Importante dar voz a estos colectivos estigmatizados. “*El revés del tapiz de la locura*” (2008), dirigido por *Adriana Leida*, y que está protagonizada por personas con trastornos mentales graves de la *Radio Nicosia*. Estas personas lo que hacen es que, cansados de lo que se dicen de ellos, toman la palabra y hablan sobre ellos mismos; para ello entrevistan a profesionales para ver que dicen de ellos mismos.

Todavía y con creces, los llamados locos y locas siguen sufriendo un importante rechazo social, causa principal del sufrimiento de ellos, más que la propia enfermedad. La erradicación del estigma es el elemento fundamental para superar los trastornos de enfermedad mental grave.

Del documental, rescatar las palabras de Ángel Martínez, donde “*la locura es una experiencia, donde lo importante es ver como se construye dicha experiencia, dicho estado*”. El sufrimiento intenso puede provocarte un tipo de estas experiencias, a todas las personas, ya sea por una pérdida que no se puede superar; alusión al sufrimiento, donde hay experiencias que hacen que algo “se rompa”, esa barrera entre la realidad interna y la externa. En nuestra vida cotidiana esa barrera está a punto de romperse por situaciones concretas, puntuales, que provocan un sufrimiento y que muchas veces esa barrera no se rompe gracias a los otros, como decía la psiquiatra. Somos seres sociales, que se cura y que se enferma en relación. El problema es el etiquetamiento de esos síntomas, y por eso lo importante es ver como se construye ese estado en cada cultura y cómo influye el tratamiento de ese estado en el diagnóstico y pronóstico de esas enfermedades, decía Ángel Martínez. “Hay datos que revelan que a mayor estigma mayor dificultad”, donde lo relacionamos con el papel de las expectativas tanto individuales como sociales en el tratamiento de la enfermedad, sobre el efecto placebo y nocevo.

Otro aspecto importante de la película son las argumentaciones sobre el miedo que provocan. El estigma de la locura que se asocia con la violencia. Esto hemos visto que no es cierto, sino que en muchos casos es la violencia ejercida sobre ellos. La locura rompe ese carácter predecible de nuestros comportamientos, lo que nos introduce en un terreno de lo desconocido, que por norma general nos asusta.

La visión del documento alumbra una idea; la importancia de dar voz a los sujetos sociales. Y más allá de eso, la importancia de reivindicar la idea de que los otros y las otras son sujetos sociales. Con frecuencia el estigma deshumaniza, así que una vez que reconozcamos en los otros esa igualdad, darle voz. La conversión de los otros en sujetos sociales es fruto de un movimiento de reivindicación y lucha, que no tiene porqué involucrar solo al sujeto afectado. Si se señala siempre la importancia de salir del victimismo, pero para ello es necesario tener la capacidad de agencia social.

Un grupo llamado *Psiquiatrizad@os* ha publicado un librito que se llama “Nuestras cuerpos, nuestras vidas”. En contra del TAI –tratamiento de ambulamiento involuntario. Históricamente ha sido necesario por tanto para mover la sociedad e intentar cambiarla.

Por último destacar del documental que como seres sociales que somos, la muerte no solo es biológico, sino que puede ser social, quitándote el derecho a reconocimiento, a no ser escuchado, a no participar de la vida social. “*Los locos son objetos de continua descalificación como humanos*”.

Una exposición fotográfica, “*Detrás de la ventana*”, con ayuda del SAS. Catalogo online que expone fotografías con algunas frases de testimonios de las personas que salen retratadas. “*Alguna gente nos ve diferente, nos etiqueta de locos, y sin conocernos nos tienen miedo*”. Necesidad de reconocimiento, de aceptación, de ser sujetos sociales; también la incidencia de la estigmatización y del desconocimiento.

**La Eficacia simbólica**

Vamos a ver el concepto tal y como lo elaboró Leví-Strauss y luego las nuevas reelaboraciones.

La fuente principal, lo que L-S dijo, es muy importante conocerlo, pues ha tenido mucha incidencia en la antropología de la salud, especialmente en la antropología francesa. Dos antropólogos franceses muy influenciados por L-S son *Luis Mallart* y *Marc Augé*.

Para trabajar el concepto de eficacia de L-S es necesario tener claro los principios del estructuralismo simbólico, con sus preconcepciones y presupuestos. L-S quiere llegar a conocer los principios de la mente humana, del funcionamiento de las estructuras profundas, y así conseguir entender el funcionamiento de lo social.

En los indios Kuna de Panamá, donde el shamán canta a la parturienta cuando hay un parto bloqueado, difícil, donde este interviene siempre llamado a demanda de la parturienta. L-S analiza este canto, contándonos que en el inicio se narra como el propio shamán va a la choza de la parturienta acompañado de sus ayudantes, seres míticos. Una vez llega a la choza, inicia un largo viaje al interior de una cueva para liberar a una fuerza que ha quedado presa en el interior de dicha cueva; una potencia mítica, que es la causa que explica dicho bloqueo. El canto termina narrando la salida victoriosa que logra liberar a la potencia. Es un canto muy pormenorizado, muy cuidado en los detalles, en las descripciones, de manera que L-S dice que se quiera revivir todos y cada uno de los acontecimientos que se están dando en su cuerpo, pero en un nivel mítico. Para el pensamiento indígena, todos los espíritus y potencias que están interviniendo representan literalmente elementos fisiológicos; cueva como vagina por ejemplo, donde el shamán y sus ayudantes exploran literalmente a un nivel mítico. Cada vez más, dice L-S, hay una oscilación entre elementos míticos y elementos fisiológicos, los que provoca una eliminación de la barrera entre ambas realidades. Esa oscilación rápida trata de abolir la barrera, “*una oscilación cada vez más rápida entre los temas míticos y los temas fisiológicos,* *como si se tratara de abolir en el espíritu[[1]](#footnote-1) de la enferma la distinción que los separa y volver imposible la diferenciación de sus atributos respectivos*” (p.217). Relato vivido por la parturienta, sentido y encarnado, siendo una experiencia vivida por el cuerpo, habiendo una correspondencia entre elementos míticos y orgánicos. Busca que la parturienta viva una experiencia fisiológica, solo que sustituye los protagonistas por seres mitológicos, para que el canal del parto se desbloquee; protagonistas que para la parturienta tienen un sentido, pues formar parte de la cosmogonía. “*No solo la parturienta lo siente; ellos despejan –para sí mismos, sin duda, y para hacerle clara y accesible al pensamiento consciente la sede de sensaciones inefables y dolorosas- el camino que se disponen a recorrer*” (p.218), haciendo accesible al pensamiento consciente los problemas fisiológicos que la parturienta no entiende. “*Y esta visión iluminante para parafrasear una fórmula del texto, les permite detallar un itinerario complicado, verdadera anatomía mítica que corresponde menos a la estructura real de los órganos genitales que a una suerte de geografía afectiva, que identifica cada punto de resistencia y cada dolor*” (p.219) con una personificación mítica de los dolores.

Podemos decir que esta cura, la resolución del problema, dice L-S que es una cura psicológica, pues consigue curar sin tocar el cuerpo de la parturienta ni administrarle ningún tipo de remedio. Esto no es suficiente para él, sino que como dice “*Constituye una medicación puramente psicológica, puesto que el shamán no toca el cuerpo de la enferma y no le administra remedios; pero, al mismo tiempo, pone en discusión en forma directa y explícita el estado patológico y su localización: diríamos gustosos que el canto constituye una manipulación psicológica del órgano enfermo, y que de esta manipulación se espera la cura.*” (p.216). Es por esto que el texto ha dado tanto juego, pues pone en cuestión que sea el estado patológico; a lo mejor lo patológico no reside únicamente en lo orgánico, donde para L-S está en lo mental. Pone en cuestión por tanto lo que es patológico, y su curación.

“*La cura consistiría, pues, en volver pensable una situación dada al comienzo en términos afectivos, y hacer aceptables para el espíritu los dolores que el cuerpo se rehúsa a tolerar. Que la mitología del shamán no corresponde a una realidad objetiva carece de importancia: la enferma cree en esa realidad, y es miembro de una sociedad que también cree en ella. Los espíritus protectores y los espíritus malignos, los monstruos sobrenaturales y los animales mágicos forman parte de un sistema coherente que funda la concepción indígena del universo. La enferma los acepta o, mejor, ella jamás los ha puesto en duda. Lo que no acepta son dolores incoherentes y arbitrarios que, ellos sí, constituyen un elemento extraño a un sistema, pero que gracias al mito el shamán va a colocar de nuevo en un conjunto donde todo tiene sustentación*” (p.221), donde la enferma cree en esas representaciones mitológicas, miembro de una sociedad que también cree en esa cosmología, de esa cosmovisión. La enferma comprende lo que pasa a través del relato, de unas representaciones mitológicas en las que ella cree, y que al comprender se “cura”. Hay una relación entre significante y significado, residiendo aquí la importancia del texto. Los elementos orgánicos están simbolizados en relación interna con la mente, por lo que el canto, al expresar lo fisiológico en lo mitológico, provoca el desbloqueo del parto.

Lo que dice L-S es que se manipulan los elementos fisiológicos por medio de símbolos, con lo que el canto reorganiza los símbolos, donde estos tienen un efecto con sus simbolizados –en este caso los fisiológicos. Se manipula y se reorganiza el nivel simbólico, lo que provoca un paralelismo en el nivel fisiológico; de significante a significado; es aquí donde vemos la eficacia simbólica, que establece un paralelismo entre los elementos míticos y los elementos orgánicos. Hay una reorganización estructural, transformando lo orgánico a través de una reorganización estructural; ¿Cómo? Haciendo que la parturienta reviva ese mito. L-S define la eficacia simbólica así: “*La eficacia simbólica consistirá precisamente en esta propiedad inductora que poseerían, unas con respecto a otras, ciertas estructuras formalmente homólogas capaces de constituirse, con materiales diferentes en diferentes niveles del ser vivo: procesos orgánicos, psiquismo inconsciente, pensamiento reflexivo. La metáfora poética proporciona un ejemplo familiar de este procedimiento inductor: pero su empleo corriente no le permite sobrepasar el psiquismo. Comprobamos, así, el valor de la intuición de Rimbaud cuando decía que la metáfora puede también servir para cambiar el mundo.*” (p.225). Estructuras formalmente análogas –material simbólico y fisiológico- que en la mente actúa. Habla de cómo está organizado las estructuras del cuerpo humano, y de como si se manipulan estas estructuras mentales se incide también en las estructuras orgánicas. Para L-S hablar de inconsciente, es hablar de la función simbólica, donde sería un órgano específico de la función simbólica que impone leyes estructurales al subconsciente, que serían los elementos individuales, la biografía, el léxico especifico, que adquirimos cada uno de nosotros y que se organiza en base de esa estructura mental, del inconsciente, estructurales elementales del pensamiento humano, que son lo que explica lo social para L-S.

Todo esto le permite a L-S comparar al shamán con el psicoanálisis, usando la *abreacción*[[2]](#footnote-2) para compararlo. Lo que hace el psicoanálisis es hacer consciente el subconsciente, que está organizado por el inconsciente que es universal. Leyes estructurales que son atemporales y preexistentes en el ser humano.

Para L-S lo importante es el símbolo, la ***función simbólica***, que es lo que quiere aprehender. Lleva el consciente al subconsciente en ambos casos –shamanismo o psicoanalismo- lo que le permite compararlos.

Tuvo una enorme potencialidad teórica, más allá de circunscribirlo a su marco teórico.

*Resumen texto*. En el texto, el objetivo era el de realizar un análisis estructural del texto, en cuanto a buscar las estructurales elementales a las que se invoca en el canto. Canto que es una representación mítica de elementos fisiológicos para el pensamiento indígena. Se trata de una psicológica según L-S, ya que se invocan representaciones simbólicas ligadas a elementos fisiológicos. Para L-S la explicación desde el estructuralismo, en cuanto a eficacia simbólica: la cura shamanística lo que hace es volver entendible, pensable, una situación que al comienzo no es accesible por el pensamiento de la parturienta. Reorganizan simbólicamente, usando los símbolos, las estructuras mentales, que son formalmente análogas a las estructuras fisiológicas; del subconsciente al inconsciente.

***Eficacia simbólica y drogadicción***

Este concepto, el de eficacia simbólica, será retomado desde otras perspectivas en el campo de la antropología de la salud. En concreto será dentro de cuestión de la drogadicción donde se hará uso, revisándolo, de dicho concepto.

Domingo Comas Arnau, en “*Uso de drogas, del paradigma lewwiano[[3]](#footnote-3) al nuevo rol de las expectativas simbólicas*”. Va a proponer una nueva forma de aproximación, teniendo la importancia de todas las representaciones simbólicas asociadas a la enfermedad –la dimensión metafórica de la enfermedad. Nueva propuesta de resignificación. Dice que si la representaciones culturales que asociamos a las drogas son eficaces en el sentido levistrausiano–provocan experiencias orgánicas-, él lo que propone es que podemos modificar estas representaciones a medio-largo plazo, para evitar sus efectos más nocivos y devolverle significados más positivos –en la línea de S. Sontag pero menos biologicista. “incidir sobre los códigos culturales, manipular los símbolos como los shamanes, para eliminar aquellos aspectos más conflictivos o dolorosos de la droga”. De donde vienen estas expectativas culturales es la pregunta que se hace Comas Arnau, y que asociamos al uso de drogas, y de cada droga en particular.

A la hora de describir empíricamente los efectos de la droga hay una cierta unanimidad, con lo que se puede hablar de marcos culturales. La persona que asentó la forma de pensar las drogas, y que hoy compartimos de forma colectiva, fue L. Lewis (1850-1929). Fue un judío alemán que trabajó en el campo de la farmacología pero con una sensibilidad antropológica, experimentando. Estudio medicina en Berlín, y en 1871 adquirió relevancia en su ámbito al describir un caso de adicción a la morfina que denominó “morfinismo”. En 1879 publicó una obra que se llamó “*Observaciones sobre 110 casos de drogadicción*”, muy importante y que marcó un hito en el pensamiento sobre drogas en nuestras sociedades, y en las políticas públicas que se están poniendo en marcha, con la aparición del “problema de la drogadicción”. Estas descripciones, no difieren demasiado de lo que podríamos ver en la actualidad, existiendo una gran armonía entre aquellas y las actuales.

El paradigma lewwiniano se caracteriza por centrarse solo en un aspecto farmacológico, presentando a la droga como una especie de potencia en sí mismo, poniendo todo el peso en la sustancia *per sé*. La obra más conocida es la que escribe tras dejar sus estudios en 1924 llamada “*Fantástica*”. En él aúna sus trabajos farmacológicos con su interés por el uso de las drogas en otras culturales.

Los estereotipos de lo que hoy entendemos por droga salen del texto “*Observaciones sobre 110 casos de drogadicción”* que vimos, donde analiza el *efecto psíquico principal*, donde cada droga provoca un efecto psíquico principal, caracterizando las drogas en euforizantes, alucinógenos, embriagantes, hipnóticos y excitantes.

El efecto psíquico principal supone, según Comas Arnau, que condicione una serie de puntos de partida, de presupuestos teóricos. Para que haya un efecto psíquico principal tiene que haber consumidores para que haya en todas partes y en todos los periodos históricos. La consecuencia es que cada persona que consume una droga es la de buscar ese efecto psíquico principal, ya sea de manera más o menos clara y/o consciente. Esto tiene como consecuencia, según este paradigma, la consumición va a conducir a la dependencia y al síndrome de abstinencia. Una vez que se desarrolla la abstinencia, el consumo de droga es un fin en sí mismo, no buscando un efecto, sino la sustancia en sí.

No ha cambiado la noción de efecto psíquico principal, aunque si sus categorías o drogas asociadas; se mantiene además todo en el campo de la farmacología, cuando en realidad sabemos que los efectos de cualquier droga van a depender de una multiplicidad de elementos, como el grado de pureza de la droga, la dosis, pero también las condiciones en las que se ingieran cada droga, tanto individuales como sociales, las expectativas del sujeto, el estado del sujeto, y también las pautas culturales del consumo, condicionados por las normas culturales que indican las dosis, los lugares, los efectos esperados, con que finalidad se debe de tomar. En resumen, si pensamos esta cuestión ampliando la visión, cualquier sustancia psicoactiva puede producir efectos terapéuticos o no, efectos benéficos o no, según quién, cómo, cuándo, en qué contexto, con que finalidad. Lewis deja fuera todo este tipo de cuestiones, asentando una manera de ver y analizar la droga y la drogadicción, y que aún hoy día sigue vigente.

En la antigüedad la palabra *pharmacon* se usaba tanto para definir un antídoto como un veneno. Fármaco y droga se utilizan hoy día como conceptos radicalmente diferentes, hablando para ello de manera diferenciada de medicinas y drogas, donde las unas son *buenas*, se venden en farmacia legalmente, mientras que las otras son *malas*, se venden ilegalmente. Conceptos relativos, culturales y cambiantes, construidos socialmente.

No es la sustancia en sí, sino toda una serie de puntos asociado a la sustancia. Cualquier sustancia psicoactiva puede servir como veneno o como antídoto según los parámetros culturales. Pautas cultuales que rigen el consumo y que tipifican los efectos esperados del consumo.

En nuestras sociedades, lo que ocurre hoy, es que el paradigma lewiniano es el que reina, con una *visión criminalista* de las drogas, prohibiendo estas porque está dotada de propiedades intrínsecas malignas. Se previene de cualquier acercamiento a la sustancia per sé, entendida como potencia en sí mismo. Para la visión criminalista, lo que hace en el caso de las drogas es *igualar uso con abuso*. No se posibilita la visión de uso terapéutico y uso lúdico, pues como la droga es asociada con el mal, ilegal, no dando cabida a otro tipo de uso que no sea considerado como abusivo. Tenemos una visión de las drogas muy polarizadas, donde las drogas son el símbolo del mal por excelencia. Por eso la mayor parte de las políticas son prohibicionistas. Este prohibicionismo enseña ya no solo una relación con las sustancia, sino que tiene consecuencias como el mercado negro, la visión del drogadicto como un delincuente.

En los efectos de las drogas depende de toda una serie de normas culturales que indican tanto lo adecuado de la cantidad, el lugar, la modalidad, los efectos, etc. y sin embargo, frente a esto que sabemos y que hemos visto, la visión hegemónica acerca de las drogas en nuestras sociedades es una visión criminalista de las drogas, donde es la droga en sí la que está prohibida, dotándola de una serie de propiedades intrínsecas. La visión criminalista iguala, como hemos visto, uso con abuso. “*La droga es el símbolo del mal en nuestra sociedad*” (garrido Peña, 1992:2), es un mal consustancial a la droga, intrínseca, y por eso las políticas en contra de la drogadicción promueven el alejamiento de dicha sustancia. Esta visión criminalista tiene una serie de efectos perversos donde además del mercado negro, tiene otros dos efectos fundamentales: la primera es que queriendo proteger al consumidor lo acaba convirtiendo en un delincuente, y la segunda es que descarta cualquier posibilidad de uso legítimo de sustancias psicoactivas, como por ejemplo los usos terapéuticos, lúdicos, etc. *Restrepo* (2004) y *Rovira e Hidalgo* (2003) al respecto hablan sobre los “*efectos perversos y estigma*” en la droga. Concepción en nuestra sociedad de la droga como una sustancia muy adictiva, que roba la libertad, y donde el agente se supedita a la sustancia química, esclavizándola.

Esta visión que se construye a principio del s. XX como ya hemos visto, con la elaboración de conjuntos, de sistemas de creencias, que se asocian a ciertos tipos de productos bajo la categoría de drogas. Los trabajos base, como el de Lewis, tuvieron sesgos como el etnocéntrico. Lo que en una sociedad producía, lo trasladaron a la sustancia en sí, universalizando los efectos contextuales, y creando la imagen que tenemos hoy día. Equiparamos con descripciones científicas lo que son descripciones culturales. Se anula la posibilidad de debatir sobre el tema, el tomar otro tipo de medidas, etc. ya que seguimos restringidos a esta visión criminalista de la droga.

Tendríamos que analizar cómo se produce ese condicionamiento sociocultural se produce, y si es posible de alguna manera diferenciarlo, no en un sentido decimonónico, sino ver como ese componente psicoactivo, en una profundización del tema, para ver hasta qué punto los condicionantes culturales, las imágenes culturales, actúan.

*D. Comas Arnau* en este sentido habla en este contexto de *eficacia simbólica* de Leví-Strauss, donde los que consumen tienen una serie de expectativas, culturalmente codificadas, y que por tanto son eficaces, provocando transformaciones orgánicas tal y como propone L-S en su texto; responden a un código cultural que las hace “eficaces”, por lo que Comas se plantea el manejar ese código cultural para poder incidir en sus efectos. “*Dado que a corto plazo el problema de las drogas –no de las sustancias, sino de nuestra sociedad respecto a las formas de relacionarse con las sustancias psicoactivas- no se puede solucionar, a medio largo plazo cabría la posibilidad de incidir sobre estas expectativas, manejando los símbolos como hace el shamán, y devolver unos usos menos conflictivos, menos dolorosos, con unos significados diferentes sobre el uso de las drogas […] los efectos de las drogas son los que Lewis decidió pero pueden ser otros*”.

Hay que hacer por tanto, al modo de Bourdieu, un ejercicio de reflexividad sobre el objeto dado, la droga en cuestión, no partiendo de lo previamente concebido.

**Tema 5. Vida, Muerte y Reproducción**. Concepciones sobre la vida, la muerte y la reproducción: una aproximación transcultural. Formulas reproductivas y nuevas tecnologías de reproducción: viejos problemas, nuevas soluciones.

Se centra en dos cuestiones trasversales, consustanciales y universales, que son el inicio de la vida humana y final de la vida humana. Lo que nos interesa es ver cómo nos relacionarnos, como construimos y como gestionamos tanto el inicio como el final de la vida humana.

Nos va a interesar verlo sobre todo en relación al proceso de medicalización y a las tecnológicas médicas. Es innegable que el desarrollo de las tecnologías médicas está teniendo un impacto cada vez mayor tanto en el inicio como el final. En el inicio nos lleva a hablar de las tecnologías de reproducción asistida, cada vez más desarrolladas y elaboradas, donde facilita que cada vez más personas tengan acceso a una maternidad/paternidad que antes no se podía por diversos motivos, entrando en juego una legislación que antes no existía, pues quedaba en el ámbito privado de la pareja –heterosexual. En cuanto al final de la vida, cada vez más permiten sustituir funciones vitales, ya que el desarrollo de los tratamientos paliativos permiten alargar la vida humana en unas condiciones impensables hace unas décadas; la medicalización del final de la vida hace que se retarde el final de la vida, en condiciones muy aceptables, aunque nada impedirá que el final inevitable llegue. Esto nos lleva a nuevas problemáticas, nuevas reflexiones, desde una antropología de la salud.

**Reproducción asistida**

En estas consideraciones que vamos a ver no entraremos en cuestiones éticas o morales, aunque debe haber una reflexión previa, necesaria, sino que intentaremos entender cuáles son las lógicas subyacentes que surgen con el planteamiento de las nuevas tecnologías sobre reproducción asistida. Lógica subyacente en cuanto al entendimiento de la reproducción, de cómo debe designarse la filiación en nuestra sociedad, implícita, y que es muy importante entender para comprender porque ciertas cuestiones son problemáticas en nuestra sociedad –ya que no encajan en los esquemas culturales.

Un libro de J. *Bestard, G. Orobitg y C. Salazar* (2003) llamado “*Parentesco y reproducción asistida. Cuerpo, persona y relaciones*” donde lo primero que tenemos que tener en cuenta es que la cuestión se plantea en un fuerte proceso de medicalización, afectando a unos proceso que ya previamente estaban muy medicalizado. “*Desarrollo de concepciones fuertemente biologizadas*”, donde las técnicas están en unos contextos muy medicalizado, con lo que el debate que surge tanto en los especialistas como en los usuarios esté fuertemente biologizado, donde las preguntas y las cuestiones tengan que ver con lo biológico.

Como la filiación no es ni ha sido nunca un proceso biológico sino cultural, lo que ocurre es que aunque se mantenga en un campo biológico la reproducción, es sobre esta cuestión sobre la que surgirán todas las problemáticas.

Proceso por tanto fuertemente biologizado –como son el embarazo y el parto- con lo que tiene como consecuencia que la puesta en marcha de estos procesos tanto en los especialistas- médicos- como los usuarios –mujeres en su mayoría- mantienen sus preocupaciones en el campo de lo biológico.

Todas las sociedades tienen que resolver la reproducción de su grupo, y todas ellas han tenido por tanto que resolver los problemas derivados de dicha reproducción, que no son exclusivo de nuestra sociedad lógicamente. Conocemos como otras sociedades han solucionado sus problemas de fertilidad, donde la antropología se ha encargado de ver cómo estas prácticas se insertan en las prácticas sociales, siendo esto lo que puede aportar la antropología: reflexionar como las nuevas técnicas de reproducción se insertan en las prácticas sociales. La procreación artificial está supuestamente ligada solo a las posibilidades tecnológicas, pero evidentemente se inserta siempre en un marco social, lo que no es nunca una cuestión meramente tecnológica, aunque paradójicamente se presenta así a las personas involucradas en este proceso, tanto especialistas como usuarios. “*La procreación es un fenómeno complejo donde se entrelazan procesos biológicos y sociales […] infertilidad*” donde la infertilidad y las nuevas tecnológicas de reproducción asistida se inscriben un marco social. Posibilita la relación de un vínculo de filiación, que es siempre una cuestión social y no biológica; la técnica viene a reproducir un vínculo de filiación. Aquí lo que es lícito o ilícito, lo que es natural o no natural es un asunto de convención social. Las técnicas de reproducción asistida se dirigen a constituir una relación de parentesco, que es en sí una construcción social, por lo que las situaciones que están dando posibilidad, serán asuntos de convención social el debatir si es lícito o no.

Bestard, en una frase dice que “*las parejas que acuden a las nuevas tecnologías de reproducción asistida son pioneras morales que se debaten en torno a las paradojas y límites […] y reflexionar sobre los parámetros considerados naturales*”, porque se ven abocados a reflexionar sobre algo que su sociedad no lo ha hecho aún, ya que se han biologizado estas cuestiones. Esta contradicción es la que se analiza en el libro de estos autores, donde se dice que en el contexto clínico la procreación, esta se entiende desde una perspectiva meramente biológica, alienando a los pacientes –embarazadas- donde estas sienten en algunos casos como “*si no fueran del todo suyos*” sus hijos. En este sentido dice Bestard por tanto que son pioneras morales, reflexionando sobre el significado social de la reproducción.

En la medida que todas las sociedades se plantean la reproducción, todas también se cuestionar como resolver los problemas de infertilidad. Es algo que se ha planteado desde siempre por tanto, solo que la nuestra se diferencia por el incremento tecnológico de dicho campo. En todas las sociedades también la regla de filiación pasa por los hombres o por las mujeres, ya que de alguna manera las reglas de filiación están ancladas en la reproducción sexuada, y que se puede aplicar a todas las sociedades en que la procreación no excluye la relación física, pero también a aquellas que excluye dicha aproximación física. En la medida en que la reproducción se relaciona con la reproducción sexuada, se incide mucho en regular aquellos casos donde la filiación afecta a una persona situada fuera de la relación de familia. Aunque esto es así, sabemos que la filiación es siempre social, elaborada de muchas formas posibles, aunque a partir de la relación sexuada, primando en todas las sociedades lo social sobre lo biológica, incluso en la nuestra –nunca se acude al dato biológico puro, lo que no quiere decir que se ignore el hecho biológico de la relación.

Además de otros factores –capital económico, capital afectivo- tener un hijo tiene que ver también, en todas partes, con el deseo y el deber de la descendencia. Deber con uno mismo y con los colectivos, con los antepasados. También debemos recordad como cuestión genérica que el control social de la reproducción que establece una relación de filiación es algo fundamental, y por eso permea fuertemente el significado de ser hombre o ser mujer en una sociedad; y en mayor medida el de ser mujer en una sociedad. En muchas sociedades las mujeres no son consideradas como tales hasta que no han procreado, como en Burkina Faso, donde si una mujer muere sin haber procreado se considera una niña y es enterrada como tal, pues no ha accedido al estatus social de mujer entendido en dicha sociedad. En muchas sociedades lo que da prestigio es el matrimonio y la paternidad. Según este tipo de concepciones, para llegar a ser reconocido con honores tanto en vida como en muerte hay que cumplir con el deber de procreación. En aquellas sociedades donde la procreación se convierte en un valor absoluto, la infertilidad es la desgracia suprema, siendo importante señalar como en la mayoría de las sociedades la esterilidad es pensada y concebida como un asunto de mujeres, no dejando de ser paradójico que luego, durante la procreación a las mujeres se les asigne el simple papel de gestante –piragua para atravesar el rio- un mero receptáculo, en contra de ser ella la única culpable de la esterilidad.

Puede haber distintas circunstancias que impidan el establecimiento de relaciones filiación –esterilidad, muerte prematura, etc.- por lo que la mayor parte de las sociedades han inventado instituciones para solucionar los problemas de este tipo. La mayor parte de las soluciones que pensamos como radicalmente nuevas gracias a las técnicas de reproducción ya han sido pensadas en otras sociedades, solo que no por medios tecnológicos. Algunos ejemplos etnográficos del pasado, como la superación de esterilidad en sociedad. Si la esterilidad tiene que ver con el hombre, en otras sociedades encontramos instituciones que funcionan como lo que nosotros llamamos inseminación artificial, lo que ocurre que en estos casos es inseminación natural. *F. Heritier* en “*Masculino/Femenino. El pensamiento de la diferencia*”, donde nos habla como entre los Samu –etnia de Burkina Faso- si un matrimonio no tiene hijos, y se demuestra dicha cuestión, la mujer finge abandonar a su marido –de mutuo acuerdo-, toma un segundo marido, y luego regresa junto a su primer marido embarazada, o con más de un hijo, correspondiendo la paternidad al primer marido, establecido la filiación como en todas las sociedades, por convención social. Richard, en 1950 en “*Algunos tipos de estructura familiar entre los bantúes centrales” –*dentro del volumen *Los sistemas de parentesco y matrimonio de África*, que compilaron Radcliffe-Brown D. Forde- en los Haya, etnia bantú, es el matrimonio el que otorga al marido el derecho sobre los hijos de sus esposa, con la condición de que ese derecho se reinstaure después de cada nacimiento con la primera relación sexual que tenga la mujer tras el parto; una mujer puede abandonar a su marido después de tener esa primera relación postparto, con lo que el primer hijo que tenga con su nuevo esposo será de su primer marido; los acuerdos son mediante arreglos económicos.

Con estos ejemplos vemos como las fórmulas que a nosotros nos parecen tan novedosas, ya han sido llevada a cabo por otras, aunque no de manera “artificial”, sino mediante instituciones sociales. Fórmulas que no son problemáticas porque están inscritas en la estructura social y en las representaciones colectivas de la sociedad que la pone en marcha. El problema es que estas sociedades no tienen como nosotros un código contradictorio, donde según los intereses se reclama o no lo biológico como derecho a partir del cual dirimir una respuesta, que por tanto no es univoca, sino múltiple, con códigos variados y contradictorios, primando al final en nuestra sociedad la voluntad del individuo.

Vimos cómo lo importante es que para que cualquier fórmula tiene que estar inscrita en la estructura social y en el sistema normativo. Nos damos cuenta que ese conflicto que tanto nos incomoda entre paternidad/maternidad biológica y paternidad/maternidad social, no existe, no está presente en otras sociedades, ya que tienen claro cuál es su criterio para establecer este tipo de relaciones, dando una prioridad clara a lo social sobre lo biológico. El derecho colectivo tiene prevalencia sobre el individual. Vamos a ver como en nuestra sociedad nos encontramos en una zona donde en función del individuo se priorizará lo biológico o lo social según los intereses.

Las ***nuevas tecnologías de reproducción asistida*** han venido a transformar estas concepciones, puesto que los progenitores pueden ser más de dos, el embrión no tiene por qué ser llevado por la madre, complejizando esa concepción que ***superpone y confunde engendramiento y filiación***.

Todas las sociedades diferencian entre la filiación y el engendramiento. El problema deviene de confundir ambos términos, entrando en nuestro caso en contradicción con las preconcepciones biologicistas que dominan nuestro pensamiento. Lo biológico nunca es reducible a lo social, y la filiación nunca es reducible al engendramiento. Lo que explica el problema que genera las nuevas técnicas de reproducción asistida no solo es esta existencia de códigos contradictorios, sino también que en nuestra sociedad de los derechos del individuo, arraigados en nuestra sociedad del ego, del yo, del individuo, va a apelar a uno u otro criterio –biológico o social- dependiendo de sus intereses como ya hemos visto. Con un ejemplo puesto en clase, lo que prima es la voluntad del individuo, siendo en base a esa elección como se define la maternidad/paternidad; lógica social que según el caso se apoyará en lo biológico o en lo social. Esto se refleja en algo muchos más cotidiano como es el tema de las adopciones, donde es frecuente que los padres, al llegar a la adolescencia los hijos, ven la crisis de la “llamada de la sangre”, ya que se han enculturizado en una sociedad que no tienen claro el vínculo de la filiación, que no han resuelto el conflicto entre lo biológico y lo social. Habría que reflexionar cuanto tiene de cultural esa “llamada de la sangre”.

*Philippe Ariès* se hace una serie de cuestiones al respecto en su libro “*Historia de la vida privada*”, escrita junto con *Georges Duby*. Son preguntas irresolubles en el momento actual, ya que no tenemos las herramientas de pensamiento, ni jurídicas, ni morales ni éticas…o sí, pero estamos en una sociedad contradictorias, con diferentes y opuestos marcos de significados, sobre todo en lo que a la moral y a lo filosófico/ontológico se refiere.

Todo esto se refleja en una disparidad legislativa de nuestra sociedad. Para ver esto con más claridad veremos el caso de la maternidad subrogada, que es conocido comúnmente como vientre de alquiler. En general nos vamos a encontrar con tres tipos de legislación:

* La que autoriza la maternidad subrogada, como en muchos estados de EE.UU., como California, que lo tiene perfectamente legislado. En este tipo de legislaciones prevalece la voluntad de quien contrata.
* Otros países donde no se dice nada al respecto.
* Los que no dan validez jurídica a estos tipos de contrato. Aquí sí que tiene prevalencia la decisión de la mujer. Un ejemplo es España, donde se utiliza un argumento ético y moral, diciendo que estaríamos fomentando un mercado de vida humana. Argumento un tanto hipócrita, donde si está legalizado la venta de óvulos.

La cuestión de la maternidad subrogada y de las dificultades legales, ha salido con frecuencia en la opinión pública a través de la prensa y demás medios de masa, en referencia a parejas homosexuales. Uno de los problemas que deriva de esto es la inscripción en el registro civil.

En una noticia de prensa de [*LaVanguardia*](http://www.lavanguardia.com/vida/20140304/54402761470/gestacion-subrogada-busca-ley.html), “*gestación subrogada busca ley*” (4 de Marzo de 2014) veremos algunos aspectos interesantes. Plantea cuestiones como “*¿madre no hay más que una?, Contratos y pago por útero, y El derecho a reproducirse*”.

El tema de la maternidad subrogada viene siendo un objeto polémico en el feminismo desde los años 70. Hay una parte de los movimientos feministas que cuestiona, que denuncian, que bajo toda estas técnicas lo que se da es una fragmentación del cuerpo de las mujeres, bajo un discurso más global, bajo el paragua de los derechos que estos movimientos de mujeres reivindican para el control de los cuerpos. En este contexto de derecho de control y decisión sobre el cuerpo, con estas tecnologías que posibilitan de nuevo fragmentar el cuerpo, y que distintas instancias sociales decidan sobre ello. Todo esto ha dado con una industria de la maternidad. Se cuestiona sobre la privacidad de las empresas relacionadas con esta industria, reflexión sobre los “costes” físicos y psicológicos, también reflexión en torno a los bancos de espermas de óvulos; las agencias de alquiler de úteros donde se imponen unas fuertes condiciones de explotación sobre las mujeres que ponen en alquiler sus vientres, etc.

Leonor Taboada, en “*La maternidad tecnológica: de la inseminación artificial a la fertilización in vitro*” (1986), donde en relación a las agencias de alquiler de úteros, ya en los años 80, pone en cuestión temas que hemos visto. Esta parte del movimiento feminista llama a la necesidad de reflexionar sobre dicha cuestión.

Este tipo de posicionamiento, además de reivindicar el derecho a decidir sobre el cuerpo, también se sustenta bajo otros sustratos, como la defensa del cuerpo de la mujer, fuertemente biologizado y medicalizado, en relación con las ideas de Bestard. Este autor junto con sus compañeros dejan claro como “*la intensa medicalización y tecnologización*” de la reproducción da con un fuerte proceso de “*alienación del cuerpo*” de la mujer, denunciando la fragmentación de la industria de la maternidad, cobijadas bajo las reflexiones en torno a la medicalización, patologización, alienación y expropiación del cuerpo de la mujer. Dio como respuesta la asociación de mujeres que se cuestionan y denuncian este tipo de procesos. “*Las mujeres somos un laboratorio animal único donde no solo limpiamos nuestra jaula, sino que la mantenemos y financiamos*” Gena Correa.

Otras partes del movimiento feminista, que se cobija bajo otro paraguas, entendiendo que la maternidad biológica ha supuesto una opresión de la mujer, relegándolas al ámbito de la procreación y de la sexualidad reproductiva. Bajo esta perspectiva se entiende que la reproducción asistida puede ofrecer mayor libertad a las mujeres. En este campo de liberación, de potencialidad, habría que señalar a algunos grupos de feminismos y más concretamente de grupos de mujeres lesbianas, que encuentran en esas técnicas la solución a sus problemas de reproducción.

Como conclusión de este apartado, se podría decir que las consecuencias de las nuevas tecnologías de reproducción asistida son muy complejas, pero también en muchas veces desconocidas, y sobre todo para aquellas mujeres en las que se actúa. No se tienen conocimientos exhaustivos todavía sobre la medicalización de la propia evolución biológica de la especie humana –a modo de Foucault. No caer por tanto acríticamente en el cientificismo y avance de las tecnologías, sino ser consecuentes, críticos, reflexivos, donde desde esta visión además de a nivel micro, también desde la visión macro, entender que además de estas técnicas de reproducción asistida, hay otras formas posibles, técnicas societarias que como hemos visto ya se daban y se dan en otro tipo de sociedades. Por ejemplo, si cada vez más afecta la esterilidad a hombres y mujeres, en vez de invertir todos los esfuerzos técnicos y demás en tecnologías muy caras socialmente, habría que preguntarse cuáles son las causas del incremento de esa infertilidad, lo que supondría un giro político, económico y social.

**La muerte**

Sobre todo en relación a la medicalización, el incremento, la intensificación de las nuevas tecnologías en esta fase final. Las tecnologías médicas posibilitan cada vez más operaciones como trasplantes, prolongar la vida, de una manera que no era pensable ni posible hace algún tiempo. Los tratamientos paliativos también permiten este incremento, esta prolongación de la vida, que hace que el final de la vida se pueda prolongar, a veces en buenas condiciones de calidad de vida, pero donde en cualquier caso nunca evita ese final. Conviene reflexionar por tanto sobre estas nuevas situaciones.

Vamos a empezar con una serie de reflexiones generales sobre la muerte, la actitud ante la muerte en las diferentes sociedades; consideración antropológicas transculturales en torno a la muerte.

Es una realidad ineludible, donde el inicio de la vida humana, la reproducción, es una necesidad pero no ineludible. Por el contrario la muerte es algo inevitable. Hablar de la muerte, inevitablemente estamos hablando de las cuestiones anteriores –de la vida, de la reproducción-, donde no se puede hacer referencia a la muerte sin hacer referencia a la vida. Las concepciones que tengamos sobre la muerte van a depender de las concepciones sociales que tengamos sobre la vida: para que vivir, como vivir, porque vivir, etc. desde el punto de vista no solo individual, sino sobre todo colectivo. La reproducción nos está hablando de la necesidad de que el grupo se perpetúe tras la muerte de los presentes, de que la memoria de los muertos se perpetúe, etc.

Es interesante y paradójico constatar que si la muerte es un hecho clave, un acontecimiento tan frecuente como el nacimiento, que el matrimonio, pero que sin embargo la antropología se ha ocupado mucho menos de este tema que de analizar los ritos, las creencias, de los antes descritos. Puede que esto se deba a que en el estudio de los ritos de paso, la muerte constituye una tabú en nuestra sociedad, con lo que los antropólogos como seres sociales, no son ajenos a dicho tabú. “*Hasta el más valiente de nosotros pocas veces tiene valor para enfrentarse con lo que realmente sabe...*” F. Nietzsche en *El ocaso de los ídolos*, compartiendo por tanto ese tabú como decimos. Lo cierto es que sería bien útil que hubiera más estudios antropológicos en torno a la muerte; estudios antropológicos de la muerte.

Las distintas sociedades se relacionan con ella de distintas maneras. En algunas sociedades, la muerte de alguna categoría de sus miembros puede darse de forma no azarosa, con estrategias de adaptación cultural institucionalizadas. Los *inuit* por ejemplo practican el senilicidio, dejando a los ancianos en el hielo cuando no podían cargar con ellos; la cultura tradicional china y japonesa por ejemplo practicaban el infanticidio.

Robert Hertz, con un texto muy interesante llamado *La muerte y la mano derecha*, donde él pone el ejemplo de la Ciudad de México, donde con la muerte de un infante se dice que se han ido con los ángeles, siendo la muerte una fiesta donde nadie llora. La explicación que Hertz recoge de estos pueblos es que los niños no han formado parte de esta sociedad, siendo la muerte de un recién nacido un fenómeno infrasocial. En Burkina Faso, cuando muere un recién nacido, se interpreta de manera que el genio que lo acompaña a la tierra, si decide que no quiere quedarse se va, y no se entiende como una muerte. Van Gennep, en sus estudios en Indonesia, los infantes que han muerto sin nombre o sin ser circuncidado son enterrados sin las ceremonias habituales porque no pertenecen a la sociedad. En la mayoría de las sociedades, al nacer un infante no existe en cuanto a ser social con identidad social completa; lo que asegura su existencia, el reconocimiento de su identidad social que en la mayoría de los casos va ligado a la atribución de un nombre. Por eso en muchos sociedades la práctica de no poner el nombre a la hora del nacimiento sino pasado un tiempo –en nuestra sociedad en el bautizo.

La desaparición de un ser humano en estos caso no se ve como la desaparición de un ser irremplazable. En nuestras sociedades es reciente esta consideración, donde las altas tasas de mortalidad infantil hacían prever que no viviesen muchos años debido a problemas de alimentación o enfermedades, teniendo la edad de poner nombre a los infantes en 1-2 años. Formaba parte de la cotidianidad de la gente, con lo que se aceptaba con mayor facilidad. Además de estas condiciones materiales que facilitaban esa aceptación, además en la Edad Media la muerte se consideraba una decisión divina, una expresión de lo trascendente. La idea de la invención de la infancia, con el reino del yo, del individuo, en la conformación de la familia celular.

Además de todo esto, y a medida que la muerte deja de ser una experiencia tan común –tasas de mortalidad más bajas-, la muerte pasa a ser un fenómeno excepcional. Al principio del s. XX 1/3 de las muertes se producían antes de los 5 años, y el otro tercio antes de los 55 años. La mortalidad infantil sufrió un gran receso, con un cambio del modelo societario y a asociar muerte con envejecimiento. Igualamos muerte con envejecimiento, y envejecimiento con enfermedad, con degradación. Hemos naturalizado tanto esta cuestión, que hablamos con total normalidad de los achaques de la edad, suponiendo esta condición a la edad y no a nuestros modos de vida, patologizando los momentos vitales. Cerrando el círculo, asociamos enfermedad con patología, teniendo la muerte como algo patológico y no como algo natural. Pensamos al moribundo como una persona susceptible de ser asistida, relacionando el morir con la asistencia, donde entre esas modalidades la asistencia hospitalaria es la mayoritaria.

En términos generales hemos pasado de una asistencia domiciliaria, con una muerte doméstica, a una muerte que ocurre frecuentemente en espacios hospitalarios. Muerte hospitalaria y medicalizada. Se dan cambios contradictorios que provocan reacciones, donde mucha gente empieza a plantearse el gestionar su muerte o la de sus seres queridos en un espacio doméstico. Aun así es el médico el que tiene que certificar la muerte antes de levantar un acta de defunción.

Muerte patologizada, no natural, hospitalizada y medicalizada, tiene que ver con una sociedad y con unos valores. Sociedad neoliberal, capitalista, productivista, presentista, consumista, que valora la movilidad, la adaptabilidad, etc. Esto da con la manera de morir en nuestra sociedad.

En Cerdeña hay una tradición sobre una figura que ayuda a acabar con las vidas, siendo esta la idea de la novela de *Michela Murgia*, en *La acabadora*, donde mujeres que ayudaban a morir; personas que agonizantes requerían la ayuda de estas comadronas.

En nuestras sociedades, además de que la muerte se ha convertido en una experiencia menos ordinaria, es una experiencia que se intenta evitar a toda costa, que se rechaza, que se aparta. Si con anterioridad había una aceptación de la muerte, la medicalización, la tecnologización, el desarrollo de la tecnología médica, junto a esos valores exaltados por la sociedad hedonista, ha contribuido a separar la muerte de la vida. Lo cierto es que la idea de omnipotencia que atribuimos a la ciencia es difícilmente compatible con la inevitabilidad de la muerte. Plantear la inevitabilidad de la muerte parece una obviedad, pero la realidad es que rechazamos el replantearnos acerca de la propia muerte ni la de los seres queridos. Si nuestra sociedad nos enseña a vivir, no nos enseña a morir ni a aceptar la muerte de seres queridos, no teniendo una socialización en el afrontamiento de estos fenómenos naturales, inevitables. Para la ciencia –ciencia que piensa que puede controlar la naturaleza, que está fuera de ella y no dentro- la muerte es una obscenidad, algo que se escapa de control, donde la imposibilidad de suprimirla es vivida como un fracaso. En nuestra sociedad hay una falta de sentido –en este caso de la muerte, pero de la vida en general-, donde esa angustia parece algo específico de nuestra sociedad, siendo para nosotros una abolición del yo, sentido único en nuestras vidas, con lo que hay una angustia que hay que entender en términos culturales, como producto de ese reino del yo.

Todo esto explica que la muerte se haya distanciado también físicamente de nuestras vidas, como en los hospitales, los tanatorios, los cementerios, provocando también ese desplazamiento físico de la muerte en nuestras vidas, donde la mayor parte de nosotros no ha visto morir a una persona. Muerte que se ha separado, se ha segmentado de la vida. Esto también tiene relación con, o explican la forma en que nos gustaría morir. La *buena muerte*, entendida en nuestras sociedades como aquella súbita, donde S. Sontage dice que el mentir a los pacientes de cáncer es reflejo de la incompatibilidad de nuestra sociedad de integrar la muerte, siendo preferible morir en inconsciencia. Preferencia cultural sobre la muerte súbita, donde una antropóloga catalana, *Marta Allué*, donde en concreto tiene un artículo que se llama *“¿Cómo desearía morir, súbita o lentamente?*”; en este caso se ve la paradoja de que frente a la constatada preferencia cultural por la muerte súbita, sin embargo, la mayor parte de la literatura antropológica que existe sobre ritos funerarios no habla sobre qué pasa en los casos de muerte súbita. Plantea que probablemente se deba a que durante mucho tiempo la antropología ha presupuesto que las conductas, las actitudes, las emociones de los sujetos que participan son idénticas en cualquier tipo de muerte, haciendo una etnografía de las prácticas consuetudinarias, desatendiendo a las conductas específicas de las personas que participaban en estos ritos de paso. Ha tendido a sobrevalorar el aparto ceremonial descuidando las conductas y prácticas de las personas en este tipo de rituales. Ella plantea que las conductas y actitudes que antes pensábamos como individuales son un producto de las concepciones que tenemos ante la muerte, debiendo de ser estudiadas, ya que serán diferentes en uno u otro caso. Siempre hay un conjunto de normas culturales que explican cómo reaccionamos, cuando, de qué manera, que significado le damos al acontecimiento, y que será diferente en uno u otro caso. Las reacciones ante la muerte son más culturales que estrictamente individuales, siendo aprendidas de una u otra manera. El sufrimiento tiene un aspecto cultural, social, que la antropología debe estudiar, y que es diferente según el tipo de muerte que se dé. En las muertes súbitas no hay periodos de preparación ni para quien muere ni para quienes acompañan al difunto; se achaca al azar, a un fallo, y además porque la pensamos sin sufrimiento, indolora, mientras que la muerte lenta la asociamos al dolor. Por el contrario durante toda la Edad Media se temía la muerte súbita, que suponía morir en pecado, donde había que prepararse para la muerte, con la extremaunción, donde la muerte que preocupaba era la muerte súbita. También en este sentido, las reacciones que se esperan de los supervivientes son diferentes; con la muerte lenta se espera que se tenga una reacción menos estridente, más pacífica, mientras que por el contrario se esperan reacciones más histéricas. Las conductas de reacción social se esperan más fuertes en los casos de muerte súbita que en los de una muerte lenta. Además, los medios de comunicación han contribuido a la preferencia por esa muerte súbita –emisión de imágenes de muertes repentinas, terribles, que tienen como etc. que enmascaran la inevitabilidad de la muerte, pues es achacable a algo/alguien, evitando que nos relacionemos con la muerte *per sé*.

Es la sociedad la que está explicando las formas de morir, las pautas del morir, las formas aceptables de morir, donde el suicidio nos aparece como un tema importante de analizar.

Ese deseo de prolongar la vida, de omnipotencia que nos da esta sociedad científica que se considera fuera de la naturaleza, con el rechazo de la muerte, que es contradictoria con la realidad de la muerte, inevitable, hace que cada vez se investigue más como prolongar las condiciones de vida. Da como decíamos con reacciones sobre la titularidad del derecho a decidir cómo morir, cuando morir. Movimientos colectivos que empiezan a plantearse otras maneras de morir y de relacionarse y plantearse la muerte. A nivel individual hay cada vez más personas que cuando van envejeciendo tienen miedo a ser mantenidos vivos a toda costa, con más personas mayores que dicen a sus familiares como les gustaría morir, expresando deseos en torno al momento de su muerte. La tecnología médica amenaza la autonomía de las personas, donde en muchos casos puede prolongar la vida donde esa persona no tiene capacidad de decidir; pérdida de autonomía que hace que la responsabilidad recaiga en los especialistas médicos o enfermeros, y no en los propios pacientes o en sus familiares, siendo los demás lo que decidan por él. Asociaciones en pro de una muerte digna, que reivindican como y cuando morir; asociaciones colectivas que quieren recuperar el control sobre la muerte y sobre su propia muerte, fraguándose un consenso –minoritario-, que dado que morimos, deberíamos poder decidir sin ningún tipo de restricción. Esto nos lleva a la cuestión de la eutanasia, que etimológicamente significa buena muerte. Plantean que no debería permanecer en un campo regulado por el derecho.

Las reivindicaciones son muy optimistas en el sentido de que tienen que ver con algo estructural, el Estado, que es el tutor y garante, responsable de los individuos. Esta reivindicación por tanto toca aspectos tan relevantes como el del Estado como tutor.

Hay una asociación en el Estado español que se llama DMD –derecho a una muerte digna-, que fundó el filósofo Salvador Panike.

Seguimos con la construcción social de la muerte, para lo cual veremos un documental. Si hemos estado viendo el tema relacionado con la eutanasia, ahora veremos otro ejemplo de cómo aprender morir, relacionarse con la muerte, etc. El documental se llama “Las alas de la vida”, dirigido por Toni Canet –director de cine-, que filma la trayectoria de un médico de familia. Carlos Cristo, quien con 47 años, padeciendo una enfermedad terminal, pide que se grabe su proceso de muerte, sin dramatismos, y a ser posibles con una sonrisa. Proceso de vivir y morir dignamente. Rodado en el año 2006, falleciendo Carlos Cristo dos años después de filmarse.

Reflexión explícita sobre el final de la vida, que como experiencia es interesante que conozcamos, que nos remueva la conciencia y los pensamientos.

La muerte es siempre una reacción colectiva, muerte social. Las actitudes de las personas ante dicha muerte, en una sociedad como la nuestra que tabuiza la muerte, es de incertidumbre, no teniendo mecanismos sociales ni individuales que le ayuden a afrontar, a integrar, dicho acto.

Otros materiales para poder profundizar en el tema son por ejemplo el de Ramón Fernández Durán, figura clave en el pensamiento y movimiento ecologista andaluz y español. Murió de cáncer, escribiendo una carta en El País de despedida el 12 de Mayo de 2011.

Tanto este caso como el de Carlos Cristo no son eutanasia, sino situaciones donde se explicita el deseo de no querer alargar el proceso de muerte a través de la tecnología médica.

Por último, para terminar el tema y la asignatura, vemos un **artículo** denominado “Eutanasia. ¿De la muerte digna al homicidio voluntario?”, en *Cuadernos Quiral*.

1. Aquí Leví-Strauss se refiere al aspecto cognitivo de la mente, no del espíritu. Será seguramente un problema de traducción, donde *spirit* en ingles refiere también a la mente. [↑](#footnote-ref-1)
2. Se denomina *abreacción* a la descarga de emociones y afectos ligados a recuerdos, generalmente de experiencias penosas o dolorosas infantiles que han sido reprimidas. En el contexto terapéutico, el supuesto es que el sujeto, al revivir las situaciones originarias por la palabra y otras expresiones conductuales o gestuales adecuadas, se libera de la tensión afectiva ligada a esas representaciones. (Wikipedia) [↑](#footnote-ref-2)
3. Luis Lewis [↑](#footnote-ref-3)